 

 **CHATEL SUR MOSELLE**

 **Les Zébulons**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MATERNELLE ET ELEMENTAIRE**

**POUR LES ACTIVITES EXTRA ET PERI SCOLAIRES**

**Nom de l’enfant …………………………………………………….**

**Prénom de l’enfant ………………………………………………….**

**Date et lieu de naissance …………………………………………...**

**Adresse : …………………………………………… ………………..**

**…………………………………………………………………………**

**Classe ………………**

* +

|  |  |
| --- | --- |
| **LE PERE (ou tuteur)** Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse et Téléphone professionnel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **LA MÈRE (ou tutrice)** Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse et Téléphone professionnel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

N° allocataire **CAF OBLIGATOIRE**…………………….

**CADRE RESERVE AU SERVICE**

Inscription pour:

* Périscolaire cantine - garderie
* Vacances de la toussaint
* Vacances de février
* Vacances d’avril
* Vacances de Juillet
	+ Première semaine
	+ Deuxième semaine
	+ Troisième semaine
* Vacances d’août
	+ Première semaine
	+ Deuxième semaine
	+ Troisième semaine

|  |
| --- |
| **Vaccins : Joindre obligatoirement une attestation du médecin ou la copie du carnet de vaccinations.** Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. 􀁰**L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?** Rubéole : Oui □Varicelle : Oui □Oreillons : Oui □Scarlatine : Oui □Coqueluche : Oui □Rougeole : Oui □Otite : Oui □Angine : Oui □ **L’enfant porte-t-il :** Des Lunettes oui □ non □ Un appareil d’orthodontie oui □ non □Des Prothèses auditives oui □ non □**Antécédents médicaux ou chirurgicaux** considérés comme susceptibles d’avoir de répercussions sur l’accueil de votre enfant aux activités périscolaires : ………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………….􀁱**L’enfant suit-il un traitement médical ?** Oui □Non □Si oui lequel………………………………………. Joi ………………………………………………………………………………………………………………………􀁲**L’enfant est-il allergique ?** A des médicaments : Oui □Asthme : Oui □A certains aliments : Oui □Autres : Oui □Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………. Nom du Médecin traitant …………………………………………Téléphone **…………………………….****Observations :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  |

Nous vous informons que l’assurance responsabilité civile est obligatoire

et à la charge des familles

|  |
| --- |
| *Autre personne autorisée à récupérer l’enfant ou à contacter en cas de besoin* |
| NOM Prénom | Qualité  | Téléphone  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Pouvons-nous le maquiller lors de fêtes qui seraient organisées ? □ OUI □ NON

Est-il malade en car ? □ OUI □ NON

Sait-il nager ? □ OUI □ NON

***Signature du responsable***