

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE

OBLIGATOIRE 2015 / 2016

RESTAURATION-PERISCOLAIRE- T.A.P.



MAIRIE DE ST-JAMES

Tél. 0233896200 Fax 0233896201



ECOLE : Maternelle Élémentaire **Niveau :** _____

Nom de l'enseignant(e) _____ (Renseigné par l'établissement)

SITUATION FAMILIALE

Nom/Prénom de l'enfant : _____ Sexe : F M

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ CP _____ Ville _____

Nom-prénom de la mère : _____ Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____ Profession : _____ Employeur : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville _____

☎ Domicile : _____ Professionnel : _____ Portable : _____

Adresse E Mail : _____ @ _____ **Autorité parentale : Oui Non**

Nom-prénom du père : _____ Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____ Profession : _____ Employeur : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

☎ Domicile : ____/____/____/____/____ Professionnel : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Adresse E Mail : _____ @ _____ **Autorité parentale : Oui Non**

CAF N° allocataire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 MSA N° allocataire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation de famille* (1)

célibataire marié(e) vie maritale ou Pacsé séparé(e) divorcé(e) veuf (ve)

Résidence de l'enfant : Mère Père Garde alternée Autre (famille d'accueil.....)

N° Sécurité Sociale du Responsable : _____ C.P.A.M. : _____

L'élève est il couvert par une assurance « responsabilité civile » ? OUI - NON

Nom et adresse de la compagnie assurance _____

Nota : Merci de bien vouloir communiquer toute modification intervenue dans la situation familiale

Parents séparés OUI NON - L'autre parent est-il autorisé à venir chercher ? OUI NON (Joindre 1 copie du jugement obligatoirement)

SANTE : Nom du médecin traitant : _____

Recommandations utiles des parents : _____

Asthme : oui non - Lunettes : oui non - Appareil d'orthodontie : oui non

Allergies alimentaire: OUI - NON si oui, laquelle _____

Un Protocole d'Accord Individualisé (P.A.I) vous sera demandé en cas d'allergie ou traitement.

Les agents de la commune ne sont habilités à administrer aucun médicament sauf protocole (P.A.I).

RESTAURANT SCOLAIRE : Présence toute la semaine

Lundis: Mardis: Mercredis: Jeudis Vendredis:

ACCUEIL PERISCOLAIRE : **MATIN** Lundi Mardi Mercredis: Jeudi Vendredi

SOIR Lundi Mardi Jeudi Vendredi

T.AP. Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Autres personnes pouvant récupérer l'enfant (Pièce d'identité à fournir à la personne de l'accueil où se trouve l'enfant)

NOM	PRENOM	TELEPHONE(S)	Lien de parenté
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TRANSPORT SCOLAIRE OUI NON - N° de Circuit..... **Toute l'année scolaire** : Oui Non

Si non à jours fixes **pendant toute l'année scolaire** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Tout changement doit faire l'objet d'un écrit à l'agent ayant en charge la sécurité du transport scolaire.

DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

Nous autorisons / nous n'autorisons pas* les agents des temps périscolaires à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal, publications, reportages) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

* barrer la mention inutile

AUTORISATION DE SORTIE:

autorise ma fille-mon fils _____ à quitter seul(e) les services périscolaires

n'autorise pas ma fille-mon fils _____ à quitter seul(e) les services périscolaires et m'engage à fournir une autorisation écrite pour tous changements.

Pièce à fournir : 3 photos pour les cartes codes barres (si possible petit format) + une copie d'attestation d'assurance

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer toute modification dans les meilleurs délais. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter tous les termes.

Fait à _____, le _____ 2015

Signature du Papa :

Signature de la Maman :

Signature de l'élève (primaire)



Cette fiche est à remettre à Maryline PICHON ,responsable du service enfance