



Restauration scolaire Et périscolaire/ALSH

L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance : .../.../..... Lieu de naissance : Age : ans Sexe : M F

Adresse principale de l'élève :

Code Postal : Ville :

Nom de l'école : Classe : Nom de l'enseignant(e) :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Mère Père Tuteur(trice) légal(e)

Nom du Parent 1 : Nom de naissance si différent :

Prénom du Parent 1 :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

Téléphone travail : .../.../.../.../... E-mail :@.....

Profession : Autorité parentale : oui non

Nom du Parent 2 : Nom de naissance si différent :

Prénom du Parent 2 :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

Téléphone travail : .../.../.../.../... E-mail :@.....

Profession : Autorité parentale : oui non

Situation familiale avec le parent 1 :

Fratrie :

	NOM	Prénom	Né.e le	Classe
1				
2				

Régime d'appartenance : CAF MSA Autre, préciser :

N° allocataire CAF : 0 Ou Numéro MSA :

Autorisez-vous la direction de l'ALSH à consulter votre QF via CAF PRO (avec le n° allocataire) : Oui Non

Quotient familial : Date d'effet :

Bénéficiaire des bons : Bons CAF (si oui, merci de nous les transmettre)

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (nom des parents ou tuteur(trice) légal(e)).....

autorise mon enfant à rentrer seul (de l'ALSH) n'autorise pas mon enfant à rentrer seul (de l'ALSH)

autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités (autre que les parents) :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

URGENCES MEDICALES

Médecin traitant : Tél :

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : Père Mère Tuteur(trice) légal(e)

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Allergies ou Régime alimentaire particulier :

Asthme Autres :

Médicamenteuses Alimentaires Merci de préciser :

PAI : Bénéficiaire de l'AEEH (allocation handicap) :

Merci de nous fournir les médicaments avec une ordonnance / une photocopie du P.A.I

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

.....
.....

Port des lunettes : en classe uniquement : en permanence :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance : Numéro police assurance :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

- Autorise à ce que mon enfant participe à toutes les activités proposées à l'ALSH.

- Autorise le Maire, la direction de l'ALSH ou l'enseignant(e) à présenter mon enfant à un médecin et à prendre en cas d'accident ou d'urgence toutes décisions d'hospitalisation et d'intervention clinique jugées indispensables s'il est impossible de me joindre.

- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation et des règlements intérieurs de la restauration scolaire, de l'ALSH et de l'école, et m'engage à les respecter.

- Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo sur le temps de la restauration, cocher cette case

Signature du ou des responsables légaux

Fait à....., le