



FICHE FAMILLE

ACCUEILS PERISCOLAIRES

Toute information manquante entrainera le rejet du dossier d'inscription.

Ce dossier n'est à constituer qu'une seule fois pour les activités municipales suivantes :

- * l'accueil du matin de 7h30 à 8h20
- * la pause méridienne de 11h30 à 13h30
- * l'accueil du soir de 16h30 à 18h30
- * l'accueil aux Nouvelles Activités Périscolaires du vendredi
- * le pass loisirs

Responsable Légal 1

Responsable Légal 2

Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
E-Mail :	E-Mail :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Coordonnées de l'employeur :	Coordonnées de l'employeur :
.....
.....

Situation matrimoniale :

Nombre d'enfants à charge : Nom de l'allocataire :
Famille recomposée : CAF MSA
N° Allocataire :

La mairie de Bagnols-sur-Cèze a conventionné avec la CAF, pour la consultation d'informatik allocataires de la CAF par l'intermédiaire du service cafpro Internet

QF de référence (à remplir par le service, sur présentation de n° d'Allocataire)

Adresse :

N° : Voie :
.....
Code Postal : Ville :

Pour les familles séparées :

Garde légale de l'enfant : Mère : Père : Garde alternée
Facturation : Pourcentage réglé par la Mère Pourcentage réglé par le Père

Souhaitez-vous recevoir les factures par mail

OUI NON

Adresse mail :

1er enfant :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Autorisations parentales :

- | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Sorties : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="radio"/> | Droit à l'image (photos / films) : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="radio"/> | L'enfant peut-il rentrer seul : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

Médecin Traitant :

Nom : **Adresse :**

En cas d'urgence vo(s) enfant(s) doivent être transportés :

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> | Au centre hospitalier Louis Pasteur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | A la clinique Lagaraud | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | Autre : | |

Assurance : Compagnie :

N° de Contrat :

L'enfant a-t-il des allergies ? NON

Si oui, de quel type ? Lesquelles :

Lesquelles :

Concernant les allergies, un protocole d'accueil devra être établi en relation avec le médecin mairie et la famille.

Handicap :

Verres correcteurs : OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

2ème enfant :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Autorisations parentales :

- | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Sorties : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="radio"/> | Droit à l'image (photos / films) : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="radio"/> | L'enfant peut-il rentrer seul : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

Médecin Traitant :

Nom : **Adresse :**

En cas d'urgence vo(s) enfant(s) doivent être transportés :

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> | Au centre hospitalier Louis Pasteur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | A la clinique Lagaraud | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | Autre : | |

Assurance : Compagnie :
N° de Contrat :

L'enfant a-t-il des allergies ? NON
Si oui, de quel type ? Lesquelles :
 Lesquelles :

Concernant les allergies, un protocole d'accueil devra être établi en relation avec le médecin
mairie et la famille.

Handicap :

Verres correcteurs : OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

3ème enfant :

Nom : **Prénom :**
Date de Naissance : **Lieu de Naissance :**

Autorisations parentales :

- Sorties : OUI NON
- Droit à l'image (photos / films) : OUI NON
- L'enfant peut-il rentrer seul : OUI NON

Médecin Traitant :

Nom : **Adresse :**

En cas d'urgence vo(s) enfant(s) doivent s être transportés :

- Au centre hospitalier Louis Pasteur
- A la clinique Lagaraud
- Autre :

Assurance : Compagnie :
N° de Contrat :

L'enfant a-t-il des allergies ? NON
Si oui, de quel type ? Lesquelles :
 Lesquelles :

Concernant les allergies, un protocole d'accueil devra être établi en relation avec le médecin
scolaire et la famille.

Handicap :

Verres correcteurs : OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

4ème enfant :

Nom : **Prénom :**
Date de Naissance : **Lieu de Naissance :**

Autorisations parentales :

- Sorties : OUI NON
- Droit à l'image (photos / films) : OUI NON
- L'enfant peut-il rentrer seul : OUI NON

Médecin Traitant :

Nom : Adresse :

En cas d'urgence vo(s) enfant(s) doivent être transportés :

- Au centre hospitalier Louis Pasteur
- A la clinique Lagaraud
- Autre :

Assurance : Compagnie :
N° de Contrat :

L'enfant a-t-il des allergies ? NON
Si oui, de quel type ? Lesquelles :
 Lesquelles :

Concernant les allergies, un protocole d'accueil devra être établi en relation avec le médecin scolaire et la famille.

Handicap :

Verres correcteurs : OUI NON
L'enfant sait-il nager ? OUI NON

Inscriptions restaurants scolaires :

Dans le cas où votre (vos) enfant(s) fréquenterait(ent) de façon régulière le restaurant scolaire long de l'année scolaire, veuillez remplir le(s) coupon(s) ci-dessous valable(s) pour l'année 20....

Dans le cas d'une fréquentation non régulière, un carnet de réservation mensuelle est à retirer en début de vie scolaire de la Direction Education Sport Jeunesse.

Nom : **Classe :**
Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Nom : **Classe :**
Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Nom : **Classe :**
Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Nom : **Classe :**
Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Personnes majeures autorisées à venir chercher le(s) enfant(s) :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : Portable :
Lien de parenté :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : Portable :
Lien de parenté :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : Portable :
Lien de parenté :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,atteste l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et avoir rempli la fiche sanitaire.

Bagnols-sur-Cèze, le

Lu et Approuvé

Signature :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



ons de la base

e)

...

! : 

.....

.....

.....

i scolaire, la

.....

.....

.....

i scolaire, la

.....

.....

.....

aire, la mairie

.....

.....

.....

laire, la mairie

aire tout au
scolaire 20.. /

rer au service

.

