



Storcha Hisle - La maison des Cigognes
Périscolaire de Folgensbourg
03.89.70.92.23 - peri.folgensbourg@orange.fr

Partie Réservee à l'administration :

- Fiche d'inscription
- Attestation d'Assurance
- Copie des Vaccins
- Avis d'impôts
- PAI

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : Féminin Masculin

Date de Naissance :/...../..... Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune :

Classe fréquentée à la Rentrée de Septembre 2023 :

Fratric : né(e) le né(e) le

..... né(e) le né(e) le

Régime Alimentaire : (Attention pas de changement en cours d'année)

Normal Végétarien (sans viande / sans poisson) Sans porc

Santé de l'enfant :

L'enfant a-t-il eu : Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine

Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

ALLERGIES : Alimentaires Médicamenteuses Autres (animaux, plantes, pollen...) Aucune

Si oui, précisez

Si oui, il est impératif de nous fournir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

PAI déjà mis en place les années précédentes ? Non Oui (date :/...../.....)

Difficultés de santé (que vous jugez utile de nous communiquer) et recommandations :

.....

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives...) :

.....

Vaccins obligatoires à jour : Oui Non

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

Régime Général Régime Local Caisse privée Laquelle ?

REPRESENTANTS LEGAUX

Représentant 1 : (par défaut, le représentant 1 est la personne qui recevra les factures et les acquittera)

Mme Mr **NOM** : **Prénom** :

Mère Père Tuteur Autre **Autorité parentale** : Oui Non




Situation actuelle :

marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé (e) séparé(e) Célibataire

Coordonnées :

Adresse :

Code postal : Commune :

 Domicile :  Portable  Professionnel :

@mail : Employeur :

Représentant 2 :

Mme Mr **NOM** : **Prénom** :

Mère Père Tuteur Autre **Autorité parentale** : Oui Non




Situation actuelle :

marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé (e) séparé(e) Célibataire

Coordonnées :

Adresse :


Code postal : Commune :

 Domicile :  Portable  Professionnel :


@mail : Employeur :

AUTORISATIONS PARENTALES


Personnes à contacter et autorisées (MAJEUR) à chercher l'enfant si les parents sont absents :

Nom, Prénom :  Lien de parenté :


Nom, Prénom :  Lien de parenté :

Nom, Prénom :  Lien de parenté :

Nom, Prénom :  Lien de parenté :

Nom, Prénom :  Lien de parenté :

Personnes non autorisées :

Nom, Prénom :  Lien de parenté :

Nom, Prénom :  Lien de parenté :

AUTORISATIONS PARENTALES (suite)

Autorisation pour photo et films :

Oui Non

Je suis informé(e) que ces images seront utilisées dans le cadre des activités, pour des affichages ou des supports d'informations type presses (hors réseaux sociaux)

Autorisation d'administration médicamenteuse :

Oui Non

J'autorise les assistants sanitaires du périscolaire à administrer les éventuelles médications prescrites par le médecin (et sur présentation de l'ordonnance)

Autorisation de sorties :

Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le périscolaire à l'extérieur de la structure, en mini-bus, en bus, à pieds.

PIECES A FOURNIR

- Attestation d'assurance (Responsabilité civile + extra-scolaire) en cours de validité.
- Justificatif Affiliation CAF (document mentionnant le numéro d'allocataire) si affilié
- Photocopie du carnet de vaccination (attention à faire apparaître le nom et prénom de l'enfant)
- Avis d'imposition 2023 sur revenu 2022 (rappel : non obligatoire pour les familles en tranche 6)
- En cas de divorce ou séparation, joindre décision de justice concernant le droit de garde.
- En cas de PAI (Projet d'Accueil Individualisé) joindre le document.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts et m'engage à informer la Direction du Périscolaire de toutes modifications relatives à mes coordonnées, à ma situation familiale ou à l'état de santé de mon enfant, pouvant intervenir en cours d'année.

J'atteste être informé(e) que le personnel du périscolaire peut mettre en œuvre, en cas d'urgence, toutes les mesures médicales (SAMU, Pompiers, traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du Règlement intérieur du Périscolaire, et m'engage à en respecter les conditions.

J'atteste avoir pris connaissance du tarif qui me sera appliqué en fonction des informations que j'aurais communiquées.

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant 1 :

Signature du représentant 2 :