



# ACCUEIL PERISCOLAIRE

## Cantine/TAP/Garderie

**ANNEE SCOLAIRE - 2017/2018**

### A Remettre au plus tard

#### FICHE de RENSEIGNEMENTS de l'enfant

NOM – PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      SEXE :    M     F

MATERNELLE     ELEMENTAIRE    CLASSE : \_\_\_\_\_

**NOM-PRENOM-ADRESSE des Responsables légaux**

<input type="radio"/> PERE <input type="radio"/> AUTRE (précisez).....	<input type="radio"/> MERE <input type="radio"/> AUTRE(précisez).....
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse (si différente) : _____
☎ domicile .....	☎ domicile .....
📱 mobile .....	📱 mobile .....
☎ professionnel .....	☎ professionnel .....
Email : .....	Email : .....

#### ① PERSONNES A PREVENIR (Si impossibilité de joindre les parents) EN CAS D'ACCIDENT (Accident, maladie...)

**CONTACT ①**

Nom \_\_\_\_\_      Prénom \_\_\_\_\_

☎ domicile \_\_\_\_\_      📱 mobile \_\_\_\_\_

☎ professionnel \_\_\_\_\_      **Lien** \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence       Autorisé à venir chercher l'enfant

**CONTACT ②**

Nom \_\_\_\_\_      Prénom \_\_\_\_\_

☎ domicile \_\_\_\_\_      📱 mobile \_\_\_\_\_

☎ professionnel \_\_\_\_\_      **Lien** \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence       Autorisé à venir chercher l'enfant

J'autorise le personnel de l'accueil périscolaire à faire appel aux personnes citées ci-dessus (contact 1 & contact 2) si je n'ai pu être contacté.

*Signatures des parents ou des responsables légaux*

## AUTORISATIONS

### SANTE

J'autorise le personnel de l'accueil périscolaire à faire appel aux médecins de Villeneuve, si l'accident exige une intervention immédiate ou si je n'ai pu être contacté.  OUI  NON

SI NON : Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Signatures des parents ou des responsables légaux

### DROIT à L'IMAGE

J'autorise le personnel de l'accueil périscolaire à photographier ou à filmer mon enfant en vue de présenter les activités proposées au sein de l'accueil périscolaire.  OUI  NON

Signatures des parents ou des responsables légaux

### SORTIES : TAP/GARDERIE

★ J'autorise mon enfant scolarisé en élémentaire à partir seul après les TAP :

à 17h00 les lundis et vendredi :  OUI  NON

★ J'autorise mon enfant scolarisé en élémentaire à partir seul à 16h00 les mardis et jeudis :  OUI  NON

★ J'autorise mon enfant scolarisé en élémentaire à partir seul à 18H30 après la GARDERIE :  OUI  NON

★ J'autorise mon enfant scolarisé en élémentaire à partir seul à 13h00 les mercredis après la GARDERIE :  OUI  NON

★ J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

1- M. ou Mme .....

2- M. ou Mme .....

3- M. ou Mme .....

Je décharge le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité, dès l'arrivée de la personne habilitée à récupérer mon enfant.

Signatures des parents ou des responsables légaux

**Consigne** : pour des raisons de sécurité, nous demandons aux personnes autorisées à récupérer votre enfant de se présenter avec une pièce d'identité.

### ASSURANCE responsabilité civile

Nom compagnie : ..... Numéro contrat : .....

Nom titulaire : .....

### RENSEIGNEMENT MEDICAL

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé : allergie alimentaire, asthme, traitement particulier..... ?

NON  OUI : précisez : .....

Un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** est déjà en place

NON  OUI : précisez : .....

Je soussigné, certifie avoir pris connaissance du **REGLEMENT de l'accueil périscolaire**. Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Lu et approuvé	Date et Signature
Nom prénom :	
Nom prénom :	