

**GARDERIE PERISCOLAIRE DE CUISERY/ TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE (ANNEE 2015/2016)**

**Renseignements concernant l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Adresse :

.....  
.....

Adresse Mail : .....@.....

**Situation Familiale :**

Célibataire  divorcé  veuf (ve)

marié(e)  concubinage : .....(Précisez le nom de famille de la mère)

- NOM et PRENOM du PERE : .....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone fixe : ...../...../...../.....

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

Téléphone professionnel : ...../...../...../.....

- NOM et PRENOM de la MERE : .....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone fixe : ...../...../...../.....

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

Téléphone professionnel : ...../...../...../.....

**Départ de l'enfant :**  Seul  Accompagné

**A prévenir en cas  
d'urgence :**

**Monsieur et Madame :** .....**autorisent**

Mr ou Mme ..... Tél : ...../...../...../.....

Adresse : .....

Mr ou Mme ..... Tél : ...../...../...../.....

Adresse : .....

Mr ou Mme ..... Tél : ...../...../...../.....

Adresse : .....

Mr ou Mme ..... Tél : ...../...../...../.....

Adresse : .....

Mr ou Mme ..... Tél : ...../...../...../.....

Adresse : .....

**à récupérer leur enfant après l'activité ou la Garderie Périscolaire.**

**Attention : les enfants inscrits à la Garderie Périscolaire ne sont pas autorisés à quitter seul la garderie à 18h15.**

Fournir une attestation assurance responsabilité civile :

Organisme : .....n° de contrat : .....

Fournir une attestation assurance scolaire et périscolaire :

Organisme : .....n° de contrat : .....

Caisse d'assurance maladie (adresse) : .....

N° de Sécurité Sociale : ...../...../...../...../...../...../

Organisme versant les allocations familiales : CAF  MSA

**Santé :**

Médecin traitant : .....Tél : ...../...../...../...../.....

Adresse : .....

Votre enfant bénéficie -t-il d'un PAI : Non  Oui  si oui merci de prendre contact avec Mme Servais au centre d'animation sociale et culturelle

**Autorisation de donner des soins ou d'hospitaliser :**

Monsieur et Madame : .....

Demeurant à : .....

Autorisent les membres de l'équipe d'animation à faire en cas d'urgence les soins nécessaires à leur enfant :.....ou à le faire transporter au centre hospitalier de .....

**Vaccinations : (1<sup>er</sup> vaccination ou dernier rappel).**

Fournir la photocopie des vaccinations à jour des enfants.

**Renseignements particuliers** (allergies/traitement...) :.....

**Activités et sorties :**

Il ne sera pas demandé d'autorisation spéciale aux parents pour chaque activité ou sortie, en effet, le fait d'inscrire son enfant au TAP sous-entend que les parents acceptent que leur enfant pratique un certain nombre d'activités, étant entendu que les conditions d'encadrement et de sécurité seront assurées.

Accepte que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo pendant les activités et autorise l'exploitation de ces images dans les outils d'informations ou de communication de la municipalité.

A Cuisery, le ...../...../.....  
Signature du tuteur légal