



**Les Enfants :** Joindre impérativement les copies des vaccins

1. Nom - prénom: ..... Date de naissance : .....

École : ..... Classe : ..... Nom de l'instituteur : ..... Fille Garçon

**Problèmes médicaux à signaler :** .....

2. Nom - prénom: ..... Date de naissance : .....

École : ..... Classe : ..... Nom de l'instituteur : ..... Fille Garçon

**Problèmes médicaux à signaler :** .....

3. Nom - prénom: ..... Date de naissance : .....

École : ..... Classe : ..... Nom de l'instituteur : ..... Fille Garçon

**Problèmes médicaux à signaler :** .....

**Les Responsables :**

1.  Père  Mère  Tuteur **Nom, prénom:** .....

Adresse → Rue : ..... Ville : ..... Tél : .....

Portable ..... Mail : .....

Profession/employeur : ..... Tél. travail .....

2.  Père  Mère  Tuteur **Nom, prénom:** .....

Adresse → Rue : ..... Ville : ..... Tél : .....

Portable ..... Mail : .....

Profession/employeur : ..... Tél. travail .....

**Autres renseignements :**

- **Affiliation :**  Régime général, n° d'allocataire CAF : .....
- Régime agricole, n° d'assuré : .....
- Autre régime : .....

→ **Paiement**  Espèces  Chèque  Prélèvement (*Si première demande de prélèvement ou changement de IBAN : remplir l'autorisation de prélèvement et joindre un relevé d'identité bancaire.*)

→ **Personnes (+ 14 ans) autorisées à prendre les enfants à l'accueil périscolaire**

Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél : .....

Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél : .....

● **Médecin traitant :** Nom : ..... Tél : .....

Je soussigné(e) ..... père – mère - tuteur de l'enfant ou des enfants désignés ci-dessus,  
 - autorise le responsable de l'accueil à prévenir les services d'urgence et à prendre toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si son état de santé l'exige  
 - atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et en accepter les clauses.

À ....., le ..... Nom, prénom et Signature