

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 : Tél.

Portable Mail : Tél. travail

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

Portable Mail : Tél. travail

Autres renseignements :

→ **Affiliation :** Régime général, n° d'allocataire CAF :
 Régime agricole, n° d'assuré :

QUOTIENT FAMILIAL :
 (seulement si inférieur ou égal à 700)
 (joindre un justificatif)

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

→ **J'accepte de recevoir les factures sous format dématérialisé** (je ne les recevrai pas par courrier) Oui Non

→ **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
 - autorise – n'autorise pas - la prise de photo de mon enfant ou mes enfants pour une utilisation interne au service.
 - atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires, dont le droit d'accès à mes données personnelles, et en accepter les clauses.

À, le Nom, prénom et Signature

