



FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL PERISCOLAIRE LES P'TITS CHEFF

Année 2023/2024

LES ENFANTS :

1- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____

Sexe : M F Ecole : _____ Classe : _____

Problèmes médicaux à signaler : _____

2- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____

Sexe : M F Ecole : _____ Classe : _____

Problèmes médicaux à signaler : _____

3- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____

Sexe : M F Ecole : _____ Classe : _____

Problèmes médicaux à signaler : _____

LES RESPONSABLES

1- Père Mère Tuteur NOM et Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Tél : _____ Portable : _____ Mail : _____

Profession/employeur : _____ Tél travail : _____

2- Père Mère Tuteur NOM et Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Tél : _____ Portable : _____ Mail : _____

Profession/employeur : _____ Tél travail : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Affiliation Régime général, n° allocataire CAF : _____ QF : _____

Régime agricole, n° assuré : _____ QF : _____

Autre régime (à préciser) : _____

Paiement Chèque Prélèvement (si 1^{ère} demande ou changement IBAN demander un mandat de prélèvement et joindre un RIB)

Personnes autorisées à prendre les enfants à l'accueil périscolaire

(les mineurs sont seulement autorisés à récupérer leur frère et sœur sous décharge de responsabilités)

NOM et prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél : _____

NOM et prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél : _____

NOM et prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél : _____

Médecin traitant : _____ Tél : _____

Je soussigné(e) _____ Père-mère-tuteur du (ou des)
enfant(s) 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 la directrice à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF ou MSA, dont les ressources N-2, mon quotient familial N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfant en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh afin de calculer le tarif qui me sera facturé dans le cadre de l'accueil de mon ou mes enfants et à conserver les copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans maximum en cas de contrôle CAF.

Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil périscolaire et en accepte les clauses.

L'utilisation du service implique que vous acceptez que vos données soient mutualisées au niveau de la Communauté de Communes (protection des données en lien avec le RGPD).

A _____ , le _____

NOM-Prénom et signature

Cette fiche de renseignements est à compléter, signer et remettre à la Mairie de Cheffois avant le 1^{er} accueil.

Il est IMPERATIF d'y joindre :

- ***la copie des vaccinations***
- ***une attestation d'assurance de responsabilité civile ou scolaire.***

Merci d'avertir la responsable de l'accueil périscolaire de tout changement de situation.