



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ACCUEIL PÉRISCOLAIRE LES P'TITS CHEFF

### Année 2024/2025

#### LES ENFANTS :

1- NOM et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : F  M  École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Problèmes médicaux à signaler : \_\_\_\_\_

2- NOM et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : F  M  École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Problèmes médicaux à signaler : \_\_\_\_\_

3- NOM et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : F  M  École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Problèmes médicaux à signaler : \_\_\_\_\_

4- NOM et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : F  M  École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Problèmes médicaux à signaler : \_\_\_\_\_

#### LES RESPONSABLES

1- NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ Père  Mère  Tuteur   
Adresse : \_\_\_\_\_ CP Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Profession/employeur : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

2- NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ Père  Mère  Tuteur   
Adresse : \_\_\_\_\_ CP Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Profession/employeur : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

#### AUTRES RENSEIGNEMENTS

**Affiliation**  Régime général, n° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ QF : \_\_\_\_\_  
 Régime agricole, n° assuré : \_\_\_\_\_ QF : \_\_\_\_\_  
 Autre régime (à préciser) : \_\_\_\_\_

**Paiement**  Chèque  Prélèvement (si 1<sup>ère</sup> 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 : \_\_\_\_\_

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

**Merci de compléter la fiche de renseignements.**

**Toutes les données demandées sont obligatoires afin que votre dossier soit **COMPLET**.**

Il est **IMPÉRATIF** d'y joindre :

✓ La copie des vaccinations

✓ Une attestation d'assurance de responsabilité civile ou scolaire

Pour tout changement de situation, vous devez avertir la responsable de l'accueil périscolaire.