FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE LES P'TITS CHEFF
Année 2025/2026

Merci de compléter la fiche de renseignements.
Tous les champs demandés sont **obligatoires**, en cas de manquement l'inscription sera refusée.

LES ENFANTS :

1- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____
Sexe : F ☐ M ☐ École : _____ Classe : _____

2- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____
Sexe : F ☐ M ☐ École : _____ Classe : _____

3- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____
Sexe : F ☐ M ☐ École : _____ Classe : _____

4- NOM et prénom : _____ Date de naissance : _____
Sexe : F ☐ M ☐ École : _____ Classe : _____

LES RESPONSABLES Pour information, le responsable (1) sera le destinataire des factures.

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) : _____

☐ **Refuse de donner le numéro d'allocataire (accepte d'être facturé au tarif le plus élevé).**

Paiement
□ Chèque □ Prélèvement (si 1ère 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 : _____

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.

☐ Autorise les animatrices à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités pédagogiques et à des fins de communication.

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 »

Il est IMPÉRATIF d'y joindre :
- ✓ **La fiche sanitaire de liaison**
- ✓ **La copie des vaccinations**
- ✓ **Une attestation d'assurance de responsabilité civile ou scolaire**
- ✓ **Un RIB pour le prélèvement**

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