



**FICHE UNIQUE
D'INSCRIPTION
ET DE LIAISON
SERVICES
RESTAURATION,
PERISCOLAIRE,
A.C.M.**

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
 PLANNING
 RESTAURATION SCOLAIRE
 ALSH : MERCREDI VACANCES COPIE
 SAISIE ADMINISTRATIVE
 VERIFICATION DES SERVICES
 DOSSIER COMPLET/A JOUR
 (Cadre réservé à l'administration)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M / F
ECOLE :	Maternelle <input type="checkbox"/>	Elémentaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/>
	ROQUEVAIRE CENTRE <input type="checkbox"/>	PONT DE L'ETOILE <input type="checkbox"/> LASCOURS <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Famille Reconstituée	<input type="checkbox"/> Famille Monoparentale
	<input type="checkbox"/> Garde Alternée	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			

RESPONSABLE

CONJOINT/RESPONSABLE 2

Nom Prénom:	Nom Prénom:
Adresse:	Adresse:
Complément d'adresse:	Complément d'adresse:
CP Ville:	CP Ville:
☎ Domicile:	☎ Domicile:
☎ Portable:	☎ Portable:
☎ Professionnel:	☎ Professionnel:
Courriel:	Courriel:

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom:	Prénom:	☎:
Nom:	Prénom:	☎:
Nom:	Prénom:	☎:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies médicamenteuses ou autres* : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :

Allergies alimentaires* : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :

*Mise en place d'un PAI (projet d'accueil personnalisé) obligatoire.

L'enfant mange-t-il du porc : OUI NON

DT Polio (Copie du carnet de santé obligatoire) Date du dernier rappel :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M, Mme, donne autorisation au responsable pour :

Prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant : archives, presse, plaquette de la Mairie, expositions, autres bulletins.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Inscrire mon enfant aux activités périscolaires (11h30-13h30)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Laisser mon enfant rentrer seul (e) à 17h30 (enfants d'élémentaire et collégiens uniquement)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Accéder à mon compte CAF sur CAFPRO pour connaître mon quotient familial CAF	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transmettre mes coordonnées aux associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à Roquevaire, le Signature du Responsable :

