

PERISCOLAIRE
7 Rue des Marronniers
60290 CAUFFRY
Tél 03 44 55 39 65
Mail periscolairecauffry@orange.fr

ACCUEIL de LOISIRS
Périscolaire, Mercredis,
Vacances scolaires (sauf vacances Noël)
Fiche de renseignements et autorisation de sortie

L'ENFANT :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Classe :
Adresse :
Mail :

RAPPEL : Pièces à joindre obligatoirement :

- avis d'imposition du foyer / photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant.
Le calcul des tarifs de cantine et du périscolaire sont soumis aux barèmes CAF.
Si vous ne fournissez pas les avis d'imposition du foyer, le tarif appliqué sera le tarif le plus élevé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINATIONS : Joindre la copie du carnet de santé.

- L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans décharge, autorisant le personnel encadrant à donner le traitement.

ALLERGIES :

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Asthmes : OUI NON

- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas d'automédication. Un PAI sera mis en place.

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON
- Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Renseignements Parents	PERE	MERE
Nom/Prénom		
Date de Naissance		
Profession		
N° Sécurité sociale		
N° CAF et MAIL		
Responsable légal		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Portable		
Nombre d'enfant au foyer		

Nom, prénom et coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Je soussigné..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel encadrant à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires en cas d'urgence par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation,).

CAUFFRY le,

Signature

Autorisation de sortie

Je soussigné(e) Nom Prénom (responsable légal de l'enfant)

- Autorise mon enfant.....

- N'autorise pas mon enfant.....

A quitter le PERISCOLAIRE à 17h30 ou à 18h30 seul (e) OUI NON

A quitter le mercredi à 11h30 seul (e) OUI NON

A quitter le mercredi à 13h30 seul(e) OUI NON

A quitter le mercredi à 16h30 ou à 17h30 ou à 18h30 seul (e) OUI NON

A quitter le centre de loisirs à 16h30 ou à 17h30 ou à 18h00 seul (e) OUI NON

A être transporté dans le cadre des sorties organisées par la commune OUI NON

CAUFFRY le,

Signature

J'autorise mon enfant à être pris en photo pour diffusion sur les différents moyens de communication de la commune.

OUI

NON

DATE et SIGNATURE DES PARENTS (père et mère)

« Lu et Approuvé »