



Année scolaire 2017/2018
Dossier Administratif garderie périscolaire et
mercredi ALSH

Bourgvilain ☎ 09-71-52-08-64 St Point ☎ 03-85-50-52-92
 Dompierre ☎ 06-38-81-45-27 Tramayes ☎ 03-85-50-58-11
 La Chapelle du Mt France ☎ 03-85-50-26-41 Serrières☎ 03-85-35-71-64
 Matour ☎ 06-89-61-82-12 Vérosvres ☎ 03-85-24-88-95
 Pierreclos ☎ 03-85-35-79-60
 Trambly ☎ 03-85-50-47-36 / 03-85-50-43-28 (pdt travaux)

L'ENFANT

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE Garçon Fille

SCOLARISE A L'ECOLE DE en classe de :

ALLERGIE, DIFFICULTÉS DE SANTE ET CONDUITE À TENIR :

.....

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM.....

ADRESSE :

.....

ADRESSE E-MAIL:.....

☎ FIXE : ☎ PORTABLE 1 :

.....

☎ PORTABLE 2 : ☎ TRAVAIL :

REGIME : CAF N° allocataire :

MSA N° immatriculation :

Autre préciser :

FAMILLE

	Père	Mère
Nom Prénom		
Profession		
Employeur		

Composition de la famille (nombre d'enfants à charge) :

Medecin de Famille- Adresse et n° de téléphone :

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

.....

.....

Qui joindre en cas d'urgence ?

1) Nom, prénom : ☎ :

2) Nom, prénom : ☎ :

3) Nom, prénom : ☎ :

ASSURANCES

• **Assurance Responsabilité Civile OBLIGATOIRE N° Police :**

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance:

.....

..... ☎ :

• **Assurance de personnes (non obligatoire mais fortement conseillée en cas de dommage aux biens d'autrui) N° Police :**

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance:

.....

..... ☎ :

AUTORISATION

Je, soussigné (e)

autorise le SEJ à utiliser mon numéro allocataire CAF pour consulter sur le site CAFpro- CDAP de la CAF le montant de mon quotient familial CAF

Si non communication du numéro CAF le quotient familial retenu est celui >1001

certifie l'exactitude des renseignements donnés.

certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités choisies.

autorise l'équipe encadrante à faire soigner mon enfant et à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé selon les prescriptions du corps médical consulté.

m'engage à accepter et respecter le règlement intérieur en vigueur

A Le

Signature du représentant légal :