



ACCUEIL PERISCOLAIRE DE TOUVOIS

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

NOM et PRENOM : **Date de naissance :**/...../..... **Sexe :**

École fréquentée : école Aquarelle école Saint-Michel **Classe 2018-2019 :**

Porte des lunettes : OUI / NON **Porte un appareil dentaire :** OUI / NON **Porte un appareil auditif :** OUI / NON

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

Parent 1

Parent 2

NOM

PRÉNOM

SITUATION FAMILIALE

Marié(e)s Pacsé(e)s Union libre Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/divorcé(e)

TEL DOMICILE

TEL MOBILE

TEL TRAVAIL

MAIL*

ADRESSE

RÉGIME DU RESPONSABLE

Régime général N° allocataire CAF (Loire Atlantique) :

Régime agricole N° MSA :

Autre régime

La tarification de l'accueil périscolaire est modulée selon votre tranche de quotient familial si vous êtes en régime général ou agricole. Nous vous incitons donc à prendre contact avec les services de la CAF si toutefois votre QF n'est pas connu

ASSURANCES

N° de sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire :

Assurance responsabilité civile* :

** assurance vie privée et individuelle accident pour les activités extrascolaires.*

Je soussigné(e),,

- déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche
- autorise l'ifac à consulter et vérifier votre quotient familial sur le portail partenaires de la CAF
- autorise l'ifac à transmettre mes informations personnelles à la CPIE pour le traitement du pointage des présences
- avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'accueil périscolaire

A TOUVOIS, le..... Signature :

ACCUEIL PERISCOLAIRE DE TOUVOIS
AUTORISATIONS COMPLÉMENTAIRES



NOM et PRENOM de l'enfant :

PHOTOS ET VIDEOS

Je soussigné(e),

autorise / n'autorise pas

la diffusion d'une photo ou d'un film où mon enfant apparaît distinctement, à des fins informationnelles ou promotionnelles.

Signature :

SORTIE SEUL(E) – À PARTIR de 6 ANS

Je soussigné(e),

autorise / n'autorise pas

mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs **indiquez les jours ci-dessous et précisez l'heure** :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....H.....H.....H.....H.....H.....

Signature :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT

Je soussigné(e),

Autorise

mon enfant à partir avec les personnes suivantes :

NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Signature :

Vous pouvez à tout moment rectifier ces autorisations. Prenez contact avec la directrice de l'accueil périscolaire.