

FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL PÉRI ET EXTRA-SCOLAIRE 2025/2026

ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

AUTORITÉ PARENTALE (NOM, PRÉNOM, LIEN AVEC L'ENFANT, TÉLÉPHONE)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ LIEN : _____
TÉLÉPHONE : _____ MAIL : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ LIEN : _____
TÉLÉPHONE : _____ MAIL : _____

LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT

ASSURANCE (COMPAGNIE, N°POLICE)

CONTACTS AUTORISÉS PAR L'UN DES REPRÉSENTANT À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____

AUTORISATIONS

ACTIVITÉS : Baignade surveillée autorisée

DROIT À L'IMAGE : utilisation la FSCF pour illustrer les activités ELI / séjours

SORTIE : DÉPART SEUL LE MIDI

SORTIE : DÉPART SEUL LE SOIR

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

OUI ☐ NON ☐

OUI ☐ NON ☐

OUI ☐ NON ☐

OUI ☐ NON ☐

OUI ☐ NON ☐

RÉGIME ALIMENTAIRE (1 SEUL CHOIX POSSIBLE)

REPAS STANDARD

OUI ☐ NON ☐

REPAS SANS VIANDE

OUI ☐ NON ☐

REPAS VÉGÉTARIEN

OUI ☐ NON ☐

REPAS SANS PORC

OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES

EN CAS D'ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE(S) = REMPLIR LA
FICHE ALLERGIES ALIMENTAIRES TÉLÉCHARGEABLE SUR
L'ESPACE INSCRIPTION DE VOTRE ELI/SÉJOUR
ATTENTION UN DÉLAI DE MISE EN PLACE DU RÉGIME ALIMENTAIRE EST POSSIBLE

ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE

VOTRE ENFANT FAIT-IL L'OBJET D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) ?

OUI ☐ NON ☐

VOTRE ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE ? (HANDICAP OU AUTRE)

OUI ☐ NON ☐

SI OUI, À PRÉCISER :

VACCINATIONS

A JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES

OUI ☐ NON ☐

MDPH

VOTRE ENFANT A-T-IL UNE NOTIFICATION DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH) ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI : ☐ SUR TEMPS SCOLAIRE

☐ SUR TEMPS PÉRISCOLAIRE

En cochant cette case, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. ☐

Fait à _____, le _____,

SIGNATURE : _____