

FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL PÉRI ET EXTRA-SCOLAIRE 2024/2025

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 : BAINNADE SURVEILLÉE AUTORISÉE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DROIT À L'IMAGE : UTILISATION LA FSCF POUR ILLUSTRER LES ACTIVITÉS ELI / SÉJOURS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SORTIE : DÉPART SEUL LE MIDI	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SORTIE : DÉPART SEUL LE SOIR	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTORISATION D'HOSPITALISATION	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

RÉGIME ALIMENTAIRE (1 SEUL CHOIX POSSIBLE)

REPAS STANDARD	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
REPAS SANS VIANDE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
REPAS VÉGÉTARIEN	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
REPAS SANS PORC	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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 PROHET 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 : _____