



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE 3 – 11 ans

L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Sexe : M F

Ecole fréquentée :

Classe :

NOM ET PRENOM DU OU DES REPRESENTANTS LEGAL(AUX)

Père :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : (attention en cas de changement de numéro, n'oubliez pas de nous en informer)

- prioritaire (en cas d'urgence) :
- domicile :
- portable :
- travail :
- autre (préciser) :
- Mail :

Profession :

Mère :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : (attention en cas de changement de numéro, n'oubliez pas de nous en informer)

- prioritaire (en cas d'urgence) :
- domicile :
- portable :
- travail :
- autre (préciser) :
- Mail :

Profession :

SITUATION DE FAMILLE

Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

Nombre d'enfants dans la famille :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ci-dessous toutes maladies ou problèmes médicaux concernant votre enfant et précisez les précautions à prendre (allergie, crise d'asthme, épilepsie....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :
Signature du père

Date :
Signature de la mère