



Enfant : _____
 Sexe : _____ Date de naissance : __ / __ / ____
 Ecole : _____ Classe : _____ Niveau: _____
 Type de repas : Standard Végétarien (sans viande) PAI (joindre protocole)
 Allergie repas: _____
 Autorisation d'image : Oui Non

Responsable légal n°1 : Référent du dossier et Payeur

Nom et Prénom : _____
 Situation familiale : Célibataire Marié(e) vie maritale Pacsé(e)
 Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve)
 Adresse : _____
 CP + Ville : _____
 Email : _____
 Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Pro: __ / __ / __ / __ / __

Périscolaires et Alsh uniquement:

CAF, MSA, Autre : CAF MSA Autre. N° CAF ou MSA: _____
 Autorisation de consulter de mon dossier CDAP sur le site de la CAF: Oui Non

Responsable n°2 :

Nom et Prénom: _____
 Adresse : _____
 Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Pro: __ / __ / __ / __ / __

Renseignements médicaux :

Médecin traitant : _____
 Protocole d' Accueil Individualisé (PAI): - joindre le protocole
 Allergies: _____
 Difficultés de santé: _____

Personnes autorisées à chercher l'enfant (autre que les représentants légaux) :

Nom et Prénom Lien ☎.....
 Nom et Prénom Lien ☎.....
 Nom et Prénom Lien ☎.....

Personnes NON autorisées à chercher l'enfant :

Nom et Prénom Lien ☎.....

Recommandations utiles :

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait le :/...../.....

Signature: