



Enfant : _____

Sexe : _____ Date de naissance : __ / __ / ____

Type de repas : Standard Végétarien (sans viande) PAI (joindre protocole). Allergie repas: _____Autorisation d'image : Oui Non

Ecole : _____ Classe (Niveau): _____

Personne 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)

Email : _____

Adresse : _____

CP + Ville : _____

Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __

Profession : _____ 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**Personne n°2 :**

Nom et Prénom: _____

Adresse : _____

Tél. Portable : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __

Profession : _____ 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 et avoir pris connaissance et accepté le Règlement Intérieur :

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

Signature: