



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019

Uniquement pour les communes extérieures et nouveaux arrivants

Fin mai : une fiche pré-remplie est distribuée aux enfants de l'école de Crevin

ENFANT

Filles ou garçon

**A remettre pour
le 13 juin à L'ilot
« couleurs »**

MAIRIE DE CREVIN

10 RUE DE MAIRIE
35320 CREVIN
02.99.42.47.96 –

centredeloisirs@crevin.fr

ACCUEIL DE LOISIRS
ACCUEIL PERISCOLAIRE
RESTAURANT SCOLAIRE

Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Lieu de naissance :..... Dépt :.....

Commune :.....

Ecole:.....

Niveau en sept 2018 :

1^{er} NUMERO EN CAS D'URGENCE : Lien :

PARENTS

Représentant légal de l'enfant:.....

Situation familiale: célibataire - vie maritale – mariage – veuvage – séparation – pacs

Nombre d'enfants :.....

Père

Mère

Nom		
Prénom		
N° de sécu		
Adresse		
N° téléphone	-	-
N° portable	-	-
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
Adresse employeur		
Tel travail		

REGIME ALLOCATAIRE,

CAF, N° d'allocataire _____

MSA N° (de sécu)

Autres (préciser).....

J'autorise

Je n'autorise pas

les services de la commune de CREVIN à consulter mon quotient familial par l'intermédiaire du service Cdap (dans le cadre de la tarification modulée).

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE:

Je souhaite mettre en place le prélèvement automatique. Je dois fournir un RIB lors d'un premier prélèvement. Un mandat de prélèvement SEPA sera à signer.

Si le prélèvement est déjà mis en place, le RIB n'est pas à fournir, sauf modification des coordonnées bancaires.

ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporelle.
Compagnie d'assurance N° de contrat

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX,

Joindre la photocopie du vaccin DT Polio ou attestation du médecin.

Vaccinations obligatoires	Dates des derniers rappels	dates des prochaines vaccinations
Diphthérie Polio Tétanos		

Poids et taille de l'enfant cmkg
Médecin traitant (Nom, Tél et adresse)		

Groupe sanguin : Projet d'accueil individualisé : **oui / non**
Informations sur l'enfant (allergie, traitement, lunettes, prothèse ou régime alimentaire...) :
.....

AUTORISATION DE SORTIE

- Mon enfant n'est pas autorisé à sortir seul.
 Mon enfant est autorisé à sortir seul ALSH : Mercredi à partir de 17h
 Vacances ALSH : à partir de 17h
 Garderie : Lundi Mardi Jeudi Vendredi à ...h...

PERSONNES AURISEES A PRENDRE EN CHARGE VOTRE ENFANT

Prévoir une pièce d'identité.

Nom/ Prénom	Lien avec l'enfant	téléphone

AUTORISATION PUBLICATION IMAGE

*J'autorise les services de la commune de CREVIN à publier et à utiliser les photos, vidéos sur lesquelles figure mon enfant qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires. **Oui / Non***

Ayant pris connaissance du fonctionnement de chaque service,

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.
- Je reconnais avoir pris connaissance du projet éducatif, PEDT, règlements intérieurs et pédagogique pour l'ALSH et garderie périscolaire (Consultable sur chaque structure et site internet).
- Prendre contact avec le service facturation (facturation.periscolaire@crevin.fr) si l'adresse de facturation est différente et si vous avez un calendrier de garde alterné.

Je soussigné,, autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale, remboursement des soins engagés...).

Fait à, le
Signature précédée de « lu et approuvé »