

ENFANT	ANNEE SCOLAIRE :
NOM : Prénom : né(e) le :	ECOLE :  classe fréquentée :

VACCINS	Date 1ère injection	Date 2ème injection	Date 3ème injection	Date 4ème injection	Date 5ème injection
DTP					

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Régimes alimentaires :	
------------------------	--

NB : Les enfants atteints d'allergies alimentaires pourront être accueillis au restaurant avec un panier repas préparé par les familles, après mise en place du Projet d'Accueil Individualisé PAI

### RENSEIGNEMENTS FAMILLE :

Mère	Père
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :
tél portable :	tél portable :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
adresse mail :	adresse mail :

Compagnie d'assurances : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE et AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT

NOM & Prénom : _____	Tél domicile : _____
Lien avec l'enfant : _____	Tél portable : _____

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_

**AUTORISE** les responsables des services périscolaires à prendre toutes les dispositions qui s'imposent en cas d'urgence

**DECLARE** avoir pris connaissance du règlement intérieur

**CERTIFIE** les renseignements fournis comme exacts

J'AUTORISE  JE N'AUTORISE PAS la ville de Bellerive sur Allier à prendre des photos et/ou vidéos de mon enfant dans le cadre des animations et de les publier sur tous les supports de communication de la Ville de Bellerive sur Allier ou la presse

Fait à _____, le .....20	Signature
<b>Toutes modifications concernant les indications inscrites sur cet imprimé doivent être signalées au service éducation de la Ville de Bellerive sur Allier.</b>	