

ENFANT	ANNEE SCOLAIRE :
NOM :	ECOLE :
Prénom :	
né(e) le :	
	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 :	
Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre : autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre : autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
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, le20	Signature
Toutes modifications concernant les indications inscrites sur cet imprimé doivent être signalées au service éducation de la Ville de Bellerive sur Allier.	