



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL PERISCOLAIRE – COMMUNE DE BARDOUVILLE

RENTRÉE SCOLAIRE 2021-2022

Nom :

Prénom :

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance :/...../.....

Scolarité demandée : Maternelle Primaire Précisez la classe :

Adresse du domicile :

Code postal :

Commune :

Nom de la compagnie d'assurance :


N° de sécurité social sur lequel l'enfant est rattaché :

Fréquentation

☞ L'enfant va-t-il fréquenter la cantine : Oui Non

Si oui : Lundi Mardi jeudi vendredi Ne sais pas

L'enfant déjeunera t-il à la cantine le jour de la rentrée : Oui Non

 **il ne sera pas possible d'accueillir l'enfant si celui-ci n'est pas inscrit préalablement**

☞ L'enfant va-t-il fréquenter la garderie: Oui Non

Si oui, le matin : Lundi Mardi jeudi vendredi Ne sais pas

Si oui, le soir : Lundi Mardi jeudi vendredi Ne sais pas

☞ L'enfant prendra t'il le bus scolaire: Oui Non

Si oui : Lundi Mardi jeudi vendredi Ne sais pas

Responsable légal 1 : Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Responsable légal 2 : Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom..... Prénom..... Téléphone.....
Nom..... Prénom..... Téléphone.....
Nom..... Prénom..... Téléphone.....
Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Santé de l'enfant

Vaccins obligatoires

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
Ou DT polio	
Ou Tétracoq	

Allergies

Asthme : Alimentaires :

Médicamenteuses : Autres (animaux, plantes, pollen...) :

Nom de votre médecin traitant : N°téléphone :

Si votre enfant est allergique à certains aliments et qu'il a besoin de traitements particuliers, avez-vous mis en place une demande de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) auprès de l'école : Oui Non

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Attention à la date de péremption des médicaments fournis.

Commentaires particuliers concernant la santé de votre enfant :

.....
.....
.....
.....

A le.....

Signature des parents

DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE



ACCUEIL PERISCOLAIRE – COMMUNE DE BARDOUVILLE
RENTÉE SCOLAIRE 2021-2022

AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés, Madame, Monsieur.....

Responsable de(s) l'enfant(s).....en classe de.....

- autorisons la commune de BARDOUVILLE à photographier notre (nos) enfant(s) dans le cadre de l'accueil périscolaire.
- N'autorisons pas la commune de BARDOUVILLE à photographier notre (nos) enfant(s) dans le cadre de l'accueil périscolaire.

Fait à le

Les responsables légaux,