



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017-2018

Uniquement pour les communes extérieures et nouveaux arrivants

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

## MAIRIE DE CREVIN

10 RUE DE MAIRIE  
35320 CREVIN  
02.99.42.47.96 –

[centredeloisirs@crevin.fr](mailto:centredeloisirs@crevin.fr)

ACCUEIL DE LOISIRS  
ACCUEIL PERISCOLAIRE  
RESTAURANT SCOLAIRE  
TEMPS PERI EDUCATIF

## ENFANT

Fille      ou       garçon

Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Lieu de naissance :..... Dépt :.....

Commune :.....

Ecole:.....

Niveau en sept 2017 : .....

**1<sup>er</sup> 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 les services de la commune de CREVIN à consulter mon quotient familial par l'intermédiaire du service CAFPRO (dans le cadre de la tarification modulée).*       **Oui** /  **Non**

## PRELEVEMENT AUTOMATIQUE:      Oui / Non

En cas de réponse positive, fournir un RIB. Ensuite, un mandat SEPA de prélèvement vous sera remis pour signature en mairie.

**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	..... cm	.....kg
Médecin traitant (Nom, Tél et adresse)		

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

**AUTORISATION DE SORTIE**  N'est pas autorisé à sortir seul.

**Autorisé à sortir seul :**

- TPE : Mardi et jeudi à 16h45  Garderie : Lundi et vendredi à .....h.....  
 ALSH : Mercredi à partir de 17h  Vacances ALSH : à partir de 17h

**PERSONNES AUORISEES 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, TPE et garderie périscolaire (Consultable sur chaque structure et site internet).
- Si votre enfant a un suivi particulier (orthophoniste, orthoptiste...), vous devez nous en informer.
- Prendre contact avec le service facturation ([facturation.periscolaire@crevin.fr](mailto: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 »