

**MAIRIE DE CAPPELLE-EN-PÉVÈLE**  
**SERVICES PÉRISCOLAIRES**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2020 / 2021**

**FICHE À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT MÊME SI VOTRE ENFANT NE FRÉQUENTERA PAS LES SERVICES PÉRISCOLAIRES (CANTINE, GARDERIE & ÉTUDE)**

**PARENT 1**

Nom et prénom : .....

☎ : ..... / ..... / .....

Mail : .....

Adresse : .....

**PARENT 2**

Nom et prénom : .....

☎ : ..... / ..... / .....

Mail : .....

Même adresse que Parent 1 : OUI

Si autre adresse : .....

Numéro de CAF (**obligatoire**) : ..... Quotient familial : .....

**ENFANT 1**

Nom et prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse 2 si garde alternée \* : .....

*\* Pour les parents divorcés, si consignes particulières, joindre un courrier explicatif*

Autorisation de prise de vue : OUI  NON

Nom du médecin traitant : ..... ☎ .....

Allergie(s) alimentaire(s) \* : OUI  NON  Allergie(s) diverse(s) : OUI  NON

Si OUI précisez : .....

*\* En cas d'allergie(s) alimentaire(s), un certificat médical est obligatoire*

Pathologie(s) particulières(s) à connaître (exemple : Asthme) : .....

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) \* : OUI  NON

*\* Si OUI, merci de nous transmettre le dossier d'accompagnement*

Autre(s) remarque(s) : .....

## ENFANT 2

Nom et prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse 2 si garde alternée \* : .....

*\* Pour les parents divorcés, si consignes particulières, joindre un courrier explicatif*

Autorisation de prise de vue : OUI  NON

Nom du médecin traitant : .....  .....

Allergie(s) alimentaire(s) \* : OUI  NON  Allergie(s) diverse(s) : OUI  NON

Si OUI précisez : .....

*\* En cas d'allergie(s) alimentaire(s), un certificat médical est obligatoire*

Pathologie(s) particulières(s) à connaître (exemple : Asthme) : .....

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) \* : OUI  NON

*\* Si OUI, merci de nous transmettre le dossier d'accompagnement*

Autre(s) remarque(s) : .....

## ENFANT 3

Nom et prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse 2 si garde alternée \* : .....

*\* Pour les parents divorcés, si consignes particulières, joindre un courrier explicatif*

Autorisation de prise de vue : OUI  NON

Nom du médecin traitant : .....  .....

Allergie(s) alimentaire(s) \* : OUI  NON  Allergie(s) diverse(s) : OUI  NON

Si OUI précisez : .....

*\* En cas d'allergie(s) alimentaire(s), un certificat médical est obligatoire*

Pathologie(s) particulières(s) à connaître (exemple : Asthme) : .....

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) \* : OUI  NON

*\* Si OUI, merci de nous transmettre le dossier d'accompagnement*

Autre(s) remarque(s) : .....

## ENFANT 4

Nom et prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse 2 si garde alternée \* : .....

*\* Pour les parents divorcés, si consignes particulières, joindre un courrier explicatif*

Autorisation de prise de vue : OUI  NON

Nom du médecin traitant : .....  .....

Allergie(s) alimentaire(s) \* : OUI  NON  Allergie(s) diverse(s) : OUI  NON

Si OUI précisez : .....

*\* En cas d'allergie(s) alimentaire(s), un certificat médical est obligatoire*

Pathologie(s) particulières(s) à connaître (exemple : Asthme) : .....

.....

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) \* : OUI  NON

*\* Si OUI, merci de nous transmettre le dossier d'accompagnement*

Autre(s) remarque(s) : .....

.....

## PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SI PARENTS INJOIGNABLES


Nom et prénom : ..... Lien : .....  : .....

Nom et prénom : ..... Lien : .....  : .....


Nom et prénom : ..... Lien : .....  : .....

## PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À RÉCUPÉRER MON ENFANT À LA GARDERIE

Même(s) personne(s) qu'en cas d'urgence : OUI

Nom et prénom : ..... Lien : .....  : .....

Nom et prénom : ..... Lien : .....  : .....

Nom et prénom : ..... Lien : .....  : .....

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Il est conseillé de souscrire à une assurance responsabilité civile afin de couvrir les dommages corporels que pourrait rencontrer votre enfant lors des activités.

Je soussigné Monsieur / Madame : .....

Responsable légal de(s) l'enfant(s) : - .....

- .....

- .....

- .....

- ✓ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- ✓ Autorise à prendre le cas échéant toutes mesures à appeler d'urgence le médecin disponible, l'hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
- ✓ Avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires 2020 / 2021 et m'engage à le respecter.

**Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »**

Fait à ..... le .....

**Signature Parent 1**

**Signature Parent 2**

*Les informations à caractère personnel recueillies dans ce formulaire par la commune de Cappelle-en-Pévèle font l'objet d'un traitement informatisé destiné au service périscolaire. Elles seront conservées le temps nécessaire à leur utilisation : année scolaire 2020-2021.*

*Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de celles-ci, ainsi que du droit de retirer votre consentement à tout moment en contactant*  
**la commune de Cappelle-en-Pévèle.**