

**MAIRIE DE CAPPELLE-EN-PÉVÈLE**  
**SERVICES PÉRISCOLAIRES**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2021 - 2022**

*Fiche de renseignements **à compléter obligatoirement** même si votre enfant ne fréquentera pas les services périscolaires (cantine, garderie & étude).*

**RESPONSABLE LÉGAL 1**

Nom et prénom : .....

☎ : ..... / ..... / .....

Mail : .....

Adresse : .....

**RESPONSABLE LÉGAL 2**

Nom et prénom : .....

☎ : ..... / ..... / .....

Mail : .....

Même adresse que Parent 1 : OUI

Si autre adresse : .....

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

***Une attestation de quotient familial CAF de moins d'un mois est à nous fournir obligatoirement, à défaut, le plafond le plus élevé sera appliqué (cf page 4 du règlement des services périscolaires).***

**PREMIER ENFANT**

Nom et prénom : ..... Classe / Niveau .....

Date & 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) : .....

## DEUXIÈME ENFANT

Nom et prénom : ..... Classe / Niveau .....


Date & 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) : .....

.....

## TROISIÈME ENFANT

Nom et prénom : ..... Classe / Niveau .....

Date & 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) : .....

.....

### QUATRIÈME ENFANT

Nom et prénom : ..... Classe / Niveau .....

Date & 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 2021-2022 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 2021-2022.*

*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.*