



## FICHE A RETOURNER OBLIGATOIREMENT

Joindre OBLIGATOIREMENT :  
- Dernière attestation CAF ou - Avis d'imposition 2018

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### Enfant(s) scolarisé(s) à Saint Loup Cammas

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE
1 <sup>er</sup> enfant				
2 <sup>ème</sup> enfant				
3 <sup>ème</sup> enfant				

#### Mère

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Tél domicile .....

Tél travail .....

Tél portable .....

#### Père

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Tél domicile .....

Tél travail .....

Tél portable .....

E.mail obligatoire : .....

E.mail obligatoire : .....

N° CAF : .....

**Attention** : En donnant votre numéro CAF, vous autorisez les régisseurs à consulter CDAP, afin d'obtenir votre quotient familial, nécessaire à la facturation.

**Attention** : pensez à joindre la copie de la carte Vacances-Loisirs ainsi que l'attestation du bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

#### Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que parents)

**Nom** ..... **Prénom** .....

En qualité de : .....

Adresse .....

Tél domicile ..... Tél portable .....

**Nom** ..... **Prénom** .....

En qualité de : .....

Adresse .....

Tél domicile ..... Tél portable .....

Médecin traitant .....

Adresse ..... Tél .....

**Vaccinations** : Prière de joindre la photocopie du carnet de vaccinations

	PRENOM	BCG	DTP
1 <sup>er</sup> enfant		<input type="checkbox"/> OUI Date .....	<input type="checkbox"/> OUI Date .....
		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON
2 <sup>ème</sup> enfant		<input type="checkbox"/> OUI Date .....	<input type="checkbox"/> OUI Date .....
		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON
3 <sup>ème</sup> enfant		<input type="checkbox"/> OUI Date .....	<input type="checkbox"/> OUI Date .....
		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON

**Allergies**

	PRENOM	Allergies alimentaires	Allergies médicamenteuses	Autres allergies
1 <sup>er</sup> enfant				
2 <sup>ème</sup> enfant				
3 <sup>ème</sup> enfant				

**Autres problèmes de santé** (un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) peut être établi en cas de pathologie chronique)

	PRENOM	
1 <sup>er</sup> enfant		
2 <sup>ème</sup> enfant		
3 <sup>ème</sup> enfant		

**AUTORISATIONS PARENTALES – MESURES D'URGENCE**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....  
déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs du RESTAURANT SCOLAIRE,  
et des ACCUEILS DE LOISIRS et en avoir informé mon/mes enfant(s).

Autorise mon/mes enfant(s) à participer aux différentes activités proposées par les Accueils de Loisirs et à effectuer, dans le cadre de celles-ci, des sorties et des déplacements à l'extérieur de la structure selon le mode de transport choisi par l'organisateur.

En cas d'accident, j'autorise le Directeur des Accueils de Loisirs à prendre toutes les mesures d'urgence qui s'imposent y compris un transfert en milieu hospitalier.

Je m'engage à signaler par écrit tout changement de situation (adresse, n° de téléphone...).

Fait à ..... le.....

Le responsable légal  
(Signature)