Beauce Val de Loire
Communauté de communes

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Services périscolaires
Ecole de JOSNES

D

2018-2019

9 rue Nationale, 41500 MER – Service Vie Scolaire : 02 54 81 45 89 / 06.38.48.39.96

Identité de l'enfant :
Nom .....Prénom ..... Classe .....
Date de naissance ..... Lieu de naissance.....
N° de sécurité sociale .....
Mutuelle : ..... N°.....
Numéro d'allocation CAF :.....
Fréquentation : ☐ Cantine ☐ Garderie ☐ Transport scolaire ☐ Temps d'Activités Périscolaires

Identité des parents : *(1) En cas de séparation, entourer le parent responsable légal de l'enfant*

Nom et prénom du père (1)
.....
Adresse du père
.....
.....
N° de téléphone du père + portable
.....
Adresse mail : .....

Lieu de travail du père
.....

Nom et prénom de la mère (1)
.....
Adresse de la mère
.....
.....
N° de téléphone de la mère + portable
.....
Adresse mail : .....

Lieu de travail de la mère
.....

Indiquer le nom du parent qui sera facturé pour les services de cantine et de garderie : NOM et Prénom.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom
.....
N° de téléphone
.....

Médecin traitant :

Nom
.....
N° de téléphone
.....

ASSURANCE : une assurance « responsabilité civile et garantie individuelle accident » est OBLIGATOIRE

Nom de la compagnie d'assurance
.....
N° de contrat
.....

En cas de port de lunettes, votre enfant doit-il les garder pendant la récréation ?
☐ OUI ☐ NON

Acceptez-vous l'intervention des Médecins du Canton ?
☐ OUI ☐ NON

Problème médical connu (allergie aux médicaments, asthme, spasme, allergie alimentaire .....) :
.....

En cas d'accident, préciser le lieu de transport de l'enfant (Centre Hospitalier, Clinique) :
.....

EN CAS D'URGENCE et s'il est impossible de vous joindre rapidement, votre enfant sera transporté à l'hôpital le plus proche par l'ambulance des pompiers.

POUVOIR : Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant....., autorise les agents responsables *(cocher les cases correspondantes)* : ☐ de la garderie, ☐ de la cantine, ☐ du transport scolaire, à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche par l'ambulance des pompiers, et autorise le corps médical à prendre en mon nom et place les mesures nécessaires pour tout acte opératoire ou d'anesthésie, dans le cas ou mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë.

Ecrire « **bon pour pouvoir** » : .....**Signature des parents** :
A ....., le .....