



Peris'cool

14, rue de l'usine
57840 OTTANGE
Tél: 03 82 82 07 37 / 06 71 00 08 81
Email : periscolaire@ottange.fr

Né(e) le :

Nom, prénom de l'enfant

Adhésion le :

Sexe : M F

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

Revenu mensuel Nbre Enfants à charge :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil **NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure de prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. **OUI** **NON** J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) **OUI** **NON**

J'autorise mon enfant d'utiliser les transports mis en place par le service périscolaire:

 oui non**Médecin traitant :** Nom : Téléphone :

Adresse :

Fait à , le Signature :