



Peris'cool

PÈris'cool

14, rue de l'usine
57840 OTTANGE

Tél. : 03 82 82 07 37 / 06 71 00 08 81

Email : periscolaire@ottange.fr

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

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 ☐	Père	Responsable de l'enfant ☐
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 à 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 à utiliser les transports mis en place par le service périscolaire:

☐ oui ☐ non

Médecin traitant : Nom :

Téléphone

Adresse :

Fait à

, le

Signature :