******FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**ACCUEIL PERI ET EXTRASCOLAIRE**

Nom de l’enfant :

 Prénom de l’enfant :

 Sexe  : École :

 Date de naissance  : Classe :

 Repas : standard **□** alternatif **□**

Allergie ou problème de santé spécifique :

*NB : Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité, un projet d’accompagnement individualisé (PAI) doit* ***obligatoirement*** *être mis en place entre les différents partenaires accueillant l’enfant sur la journée*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RESPONSABLE LEGAL 1**

Nom : Prénom :

Adresse :

CP-Ville :

Email :

Tél domicile : Tél professionnel :

Tel portable : Profession : Employeur :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RESPONSABLE LEGAL 2**

Nom : Prénom :

Adresse :

CP-Ville :

Email :

Tél domicile : Tél professionnel :

Tel portable : Profession : Employeur :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° d’allocataire CAF : **□** Autorise la CCVS à avoir accès à mes données CAF pro

***Dans le cas, où vous nous refuserez l’accès à vos données CAF, c’est la tarification de la tranche la plus haute qui sera appliquée.***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PERSONNES HABILITEES à prendre en charge l’enfant ou à prévenir en cas d’accident (hors représentants légaux)**

● Nom(s) prénom(s) : Tél :

 Lien familial :

● Nom(s) prénom(s) : Tél :

 Lien familial :

● Nom(s) prénom(s) : Tél :

 Lien familial :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**MEDICAL (Joindre photocopie des vaccinations à jour) □**

Médecin traitant : Commune : Tél :

Autorisation d’intervention médicale : OUI **□** NON **□**

**ASSURANCE (Joindre l’attestation) □**

**DROIT A L’IMAGE ET AUDIOVISUEL :**

Je donne mon accord pour des enregistrements audiovisuels, photographies, créations dans le cadre des animations périscolaires et extrascolaires. OUI **□** NON **□**

**COMMUNICATION :**

Je donne mon accord pour recevoir des informations utiles sur ma boîte mail OUI **□** NON **□**

Je donne mon accord pour recevoir des informations utiles par SMS OUI **□** NON **□**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RESTAURATION SCOLAIRE**

 Lundi **□**

 Mardi **□**

 Jeudi **□**

 Vendredi **□**

 Au planning – dates fournies selon besoin **□**

***Toute commande ou annulation de repas doit être signalée au responsable de l’accueil au plus tard 72 heures à l’avance.***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PÉRISCOLAIRE SOIR**

 Lundi **□**

 Mardi **□**

 Jeudi **□**

 Vendredi **□**

 Au planning – dates fournies selon besoin **□**

***Toute demi-heure commencée est due en totalité.***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Je soussigné(e) ……………………………………………………………………déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et m’engage à vous signaler par écrit tout changement concernant ma situation.

 J’ai pris connaissance des règlements des accueils péri et extra scolaires et du transport scolaire consultables et téléchargeables sur le site [www.ccvosgesdusud.fr](http://www.ccvosgesdusud.fr) et m’engage à les respecter.

 Fait à ………………………………… le : ……/……/……/

 Signature