

# Fiche de renseignements Péri-scolaire 2016/2017 Goven

*ALSH, TAP, Garderie, restauration*

## L'enfant

Nom :		Prénom :		
Date de naissance :		Classe :		
Ecole :	<input type="checkbox"/> Elémentaire publique	<input type="checkbox"/> Elémentaire St Guénolé	<input type="checkbox"/> Maternelle Publique	<input type="checkbox"/> Maternelle St Guénolé
Frères / sœurs	Nom :		Nom :	
	Prénom :		Prénom :	
	Classe :		Classe :	

## Contacts et numéros d'urgence

	Responsable légal 1 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
Tel Domicile :		
Tel Portable :		
Tel Travail :		
Adresse Mail :		
Situation familiale (à préciser): .....		

## Régime social

<input type="checkbox"/> Allocataire Caf (Régime général)	<input type="checkbox"/> Régime spécial (MSA/Autre)	<input type="checkbox"/> Sans régime
Numéro allocataire : .....		
<i>Si aucun numéro, la tranche haute des tarifs sera appliquée.</i>		

## Autorisation de sortie de l'école

<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon enfant à partir seul de l'école. Il sera récupéré	<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à quitter seul l'école après les TAP/ ALSH / Fin de l'école / Garderie		
<b>Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (sous réserve de justificatif d'identité)</b>			
Nom	Prénom	Téléphone	Qualité

## Droit à l'image

J'autorise...

Je n'autorise pas...

*La commune de Goven à photographier mon enfant et à exploiter les clichés pris pour les publications et animations municipales*

## TAP

Mon enfant participera au TAP

Mon enfant ne participera pas au TAP

*Rappel : l'inscription au TAP se fait à l'année et l'enfant s'engage à y participer chaque semaine. Les TAP sont facturés 6 euros par enfant tous les mois pendant 10 mois (Soit 60 euros l'année)*

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur des TAP/ Garderie/ Cantine de Goven, en approuve le contenu et en accepte le fonctionnement.

## Situation médicale

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

Votre enfant rencontre il des problèmes de santé particuliers ? (Allergie, traitement,...)

Les vaccinations sont-elles à jour ?  Oui  Non

Médecin de Famille

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Fax :

Adresse :

## Assurance

*Votre enfant doit être couvert par une assurance de responsabilité civile individuelle.*

Compagnie d'assurance :

N° Contrat :

Nom du titulaire :

## Sport

Au cours des activités Périscolaires, votre enfant va être amené à faire du sport.

*Toute contre-indication à la pratique d'un sport sera à justifier par un certificat médical.*

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir de tout changement éventuel.

Fait à .....

Signature

Le.....