

DOCUMENTS OBLIGATOIRES (à fournir)

- Photocopie du Carnet de Santé (Vaccinations)
- Attestation d'Assurance 2016/2017
- Numéro d'Allocataire CAF

Photo
d'identité



ANNEE 2016 / 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Groupe scolaire : Cassagne Castagnède Mane Marsoulas Mazères
 Montsaunes Roquefort Saleich Salies Autres :

Niveau scolaire : Maternelle Primaire Collège Lycée

Classe :

SITUATION FAMILIALE

Marié Divorcé/Séparé Célibataire Pacsé Veuf

	Père	Mère
Téléphone Portable		
Téléphone Fixe/Travail		
Email (<u>obligatoire</u>)		
Catégorie Socio-Professionnelle	<input type="checkbox"/> Agriculteurs <input type="checkbox"/> Artisans/Commerçants <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> Profession Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle

Siège Social : Mairie 31260 Cassagne.

Service Administratif : 11 avenue de fontaine salée 31260 Salies du Salat Tel/Fax : 05 61 90 22 59

Email : apeaijeunesse@gmail.com

Site <http://www.apeai-jeunesse-31.fr>

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom du responsable :

Domicile principal (adresse de facturation) :

- **Bénéficiaire (obligatoire) :**

CAF → Numéro Allocataire CAF :

MSA

- **Autorité Parentale :**

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale

Oui Non

(En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale joindre la copie de l'acte correspondant)

- **Autorisation de sortie :**

Je soussigné _____ agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale autorise :

- L'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)

Oui Non

- Les personnes suivantes à venir chercher l'enfant (**autres que les parents**)

<i><u>Noms Prénoms</u></i>	<i><u>Adresses</u></i>	<i><u>N° Téléphone</u></i>

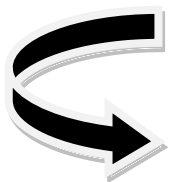
- **Droit à l'image :**

- J'autorise l'APEAI à diffuser des photos, vidéos et autres de mon enfant sur le site internet et sur les différents médias (journaux, programmes...)

Oui Non

Fait à,
Le

Signature de titulaire de l'autorité parentale



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

.....
.....

TÉL. FIXE DOMICILE :

Portable :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

6 – AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :