

# ANNÉE 2019/2020

## FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SERVICE PERISCOLAIRE CENTRE D'ACCUEIL MUNICIPAL ET RECRÉ MERCREDI

### 1er enfant :



Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né(e) le:  à: \_\_\_\_\_

Ecole: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel du vaccin  
antitétanique (DTP):

Allergies (précisez): \_\_\_\_\_

### 2ème enfant :



Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né(e) le:  à: \_\_\_\_\_

Ecole: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel du vaccin  
antitétanique (DTP):

Allergies (précisez): \_\_\_\_\_

### 3ème enfant :



Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né(e) le:  à: \_\_\_\_\_

Ecole: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel du vaccin  
antitétanique (DTP):

Allergies (précisez): \_\_\_\_\_

### 4ème enfant :



Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né(e) le:  à: \_\_\_\_\_

Ecole: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel du vaccin  
antitétanique (DTP):

Allergies (précisez): \_\_\_\_\_

### Responsables de/des enfant(s) :

#### Responsable 1:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Cél: \_\_\_\_\_ et/ou: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Numéro d'allocataire CAF: \_\_\_\_\_

#### Responsable 2:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Cél: \_\_\_\_\_ et/ou: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Numéro d'allocataire CAF: \_\_\_\_\_

# Situation familiale/parents séparés:

Autorité parentale: conjointe:  à la mère:  au père:

Pour les parents séparés, précisez si l'enfant est domicilié chez:

La mère:  Le père:  Garde alternée: Oui  Non

Dans ce cas, précisez:

Semaines paires: Père  Mère

Semaines impaires: Père  Mère

Facturation distincte (père/mère): Oui  Non   
(si oui, remplir deux fiches d'inscription)

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant: (autres que les responsables légaux)

Seules les personne(s) majeure(s) ou frère et sœur (dès le collège) sont habilitée(s) à récupérer l'enfant:

Nom, prénom, lien avec l'enfant	Numéro de téléphone



- Sollicite l'inscription de mon/mes enfant(s) au centre d'accueil municipal (CAM)
- Sollicite l'inscription de mon/mes enfant(s) au récré mercredi (réservation obligatoire)

**NB :** Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à répertorier votre enfant lors des temps périscolaires. Les destinataires de ces données sont le service jeunesse et sport et ses animateurs. Ces données sont enregistrées sur l'année et stockées jusque la fin de la scolarité élémentaire de votre enfant, à défaut, au départ du circuit de l'enfant. Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez « d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent », à signaler auprès du service jeunesse et sports.

Je soussigné(e), ..... responsable du/des enfant(s) nommé(s)  
sur le dossier: ● certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur cette fiche.  
● certifie avoir pris connaissance du règlement et du NB ci-dessus.

Fait à: .....

Signature:

Le: .....