

C.L.A.E. -- RESTAURANT SCOLAIRE – C.L.S.H.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Personne exerçant l'autorité parentale : père mère tuteur (1)

NOM et Prénom :

Adresse :

Mail : Tel fixe :

Profession des parents : Père : Mère :

Téléphones Travail : Travail :

 Portable : Portable :

N° d'assuré social du responsable de l'enfant :

NOM de la caisse de remboursement :

N° Contrat + NOM et Adresse de la caisse de remboursement complémentaire (mutuelle) :

N° Contrat + NOM et Adresse de l'assurance scolaire :

Êtes-vous allocataire ? oui non (1)

N° d'allocataire : CAF ou MSA (1) :

VACCINATIONS : (Fournir le carnet de santé ou les photocopies des pages de vaccination)

Indiquez ci-dessous les difficultés éventuelles de santé de votre enfant et la marche à suivre : *(pour les allergies alimentaires, nous contacter au préalable, obligatoirement)*

Personnes à contacter en cas d'accident : si parents non joignables

..... Tél :

..... Tél :

Nom et téléphone médecin traitant :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que les parents)

Je soussigné(e) :

Père, mère, tuteur (1) autorise mon fils, ma fille :

A fréquenter le CLAE, le restaurant scolaire, le CLSH, à participer aux activités y compris celles se déroulant à l'extérieur. Je déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur qui m'a été remis.

J'autorise la directrice du FREP ou le directeur du séjour à prendre toutes mesures d'urgence rendues nécessaires à la sauvegarde de mon enfant (appel pompiers ou médecin) et à administrer à mon enfant en cas de fièvre supérieure à 38,5 °, la 1^{ère} dose de paracétamol en fonction de son poids : Kg

Je donne mon accord à la parution de son image (affiche, plaquette, site ...)

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : Le signatures

(1) rayer la mention inutile