



ÉCOLE : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Temps Péricolaires 2014 – 2015

Enseignant(e) : _____ Classe : _____

ARGENTRE-DU-PLESSIS

ÉLÈVE MAIRIE _____

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Né(e) le : __ / __ / __ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Frères/ Sœurs (noms, prénoms et classes) : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère

Autorité parentale : Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (2) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Email : _____

Père

Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (2) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Email : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Email : _____

(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

MAIRIE D'ARGENTRE-DU-PLESSIS - DEPARTEMENT D'ILLE ET VILAINE

21 bis, rue Alain d'Argentré - B.P. 37032 - 35370 ARGENTRE-DU-PLESSIS - Tél. 02 99 96 61 27 - Fax 02 99 96 61 74

Site : www.argentre-du-plessis.fr - E-mail : mairie@argentre-du-plessis.fr

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Garderie soir : Oui Non Transport scolaire : Oui Non

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ Tél. : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Problème de santé connu : _____

Signaler tout traitement en cours, allergies éventuelles ou précision sur une conduite particulière ou contre-indication spécifique à une pratique sportive : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : attestation à fournir obligatoirement

AUTORISATIONS (merci de cocher les cases suivantes pour valider votre autorisation)

- J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte scolaire avec l'animateur et le groupe dans le cadre des TP si l'activité l'exige.
- J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités des temps périscolaires.
- J'autorise mon enfant à partir seul à 16h30 à l'issue des temps périscolaires.

Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père : _____ Autre représentant légal : _____