



**les p'tits amis
de Seraincourt**

Association loi 1901
Siret 43452731300010
APE 9329 Z

PERISCOLAIRE DE SERAINCOURT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2016/2017

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM DU PERE :

NOM DE LA MERE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

- ⇒ 📞 **FIXE :**
- ⇒ 📞 **PORTABLE/TRAVAIL MERE :**
- ⇒ 📞 **PORTABLE /TRAVAIL PERE :**

ADRESSE EMAIL :

Nom(s) des personnes autorisées à venir rechercher l'enfant au Péricolaire (personnes majeures munies de pièces d'identité) :

-
-
-
-

Autorisez-vous La Direction de l'Ecole ainsi que l'enseignant de votre enfant, ou l'organisateur des Temps D'accueil Péricolaire (TAP) à confier votre enfant au Péricolaire en cas de retard à 16h30. (Rayez la mention inutile)

- **OUI dans tous les cas où nous sommes en retard**
- **OUI mais seulement après nous avoir téléphoné afin d'obtenir notre accord**
- **NON jamais**

Rayer les forfaits inutiles (à titre d'information)

FORFAIT Matin (7h30-8h35)
FORFAIT Etude (18h-19h)
FORFAIT Soir (16h30-19h)
FORFAIT Matin + Soir

FORFAIT exceptionnel Matin, Soir ou Matin et soir



PERISCOLAIRE DE SERAINCOURT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM, ADRESSE ET TELEPHONE DU MEDECIN DE FAMILLE :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?

OUI

NON

Si oui lequel :

.....
(Joindre obligatoirement l'ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant, ou le P.A.I dûment rempli par votre médecin traitant)

L'enfant porte t-il des lunettes, des lentilles ?

OUI

NON

Si oui précisez :

.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

OUI

NON

Si oui précisez :

.....

ALLERGIES (Joindre le P.A.I dûment rempli par votre médecin traitant):

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

EVENEMENTS MEDICAUX /OBSERVATIONS/ RECOMMANDATIONS

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



les p'tits amis
de **Seraincourt**

Association loi 1901
Siret 42452731300010
Ape 927C

PERISCOLAIRE DE SERAINCOURT

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

Date :

Signature :