

Enfant(s) :

NOM /Prénom :

MERCI DE PRECISER SI VOUS ETES CONCERNE-E-S PAR :

- Une première inscription dans une école de Château-Renault
- Une inscription en classe de CP

INFORMATIONS DU PARENT 01-DESTINATAIRE DE LA FACTURE

NOM / Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

E-mail :

INFORMATIONS DU PARENT 02

NOM / Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

E-mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro Allocataire CAF : N° de police d'assurance RC :

Numéro de sécurité sociale d'affiliation des enfants du foyer :

- Autorise l'utilisation des images de mon enfant pour les publications de la Ville de Château-Renault
- Autorise à laisser partir seul mon enfant âgé de plus de 10 ans pour les accueils périscolaires

Autres personnes majeures à contacter en cas de nécessité et/ou autorisées à prendre en charge les enfants du foyer

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 01

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École : Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical OUI (PAI à compléter) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéoles Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite

Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 02

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École : Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical OUI (PAI à compléter) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéoles Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite

Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 03

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) Ecole : Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical: OUI (PAI à compléter) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéoles Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite

Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 04

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : Ecole : Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI (PAI à compléter) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéoles Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite

Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

Documents à fournir :

- Photocopie des pièces d'identité RECTO/VERSO des responsables légaux
- Photocopie des pages « responsables légaux » et « enfants » du livret de famille
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Dans le cadre d'une séparation, copie du jugement qui définit les modalités de garde
- Photocopie des deux pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant

Je soussigné-e-s

certifie-nt la sincérité des renseignements mentionnés sur le présent dossier d'information, déclare-nt avoir pris connaissance et m'engage-nt à respecter et faire respecter le règlement de fonctionnement de de l'accueil périscolaire et de l'école, m'engage-nt à signaler tout changement, m'engage-nt à fournir toutes les pièces demandées, déclare-nt avoir pris connaissance des tarifs des accueils périscolaires, et autorise-nt les agents municipaux à accueillir mes enfants et à les faire hospitaliser en cas de nécessité.

Date :

Signature (NOM-Prénom) :

Date :

Signature (NOM-Prénom) :

MERCI DE RETOURNER LE DOSSIER COMPLET A :

- ➔ Espace Saint-Exupéry (anciennement L'élan Coluche)
1, place de la Liberté - 37110 Château-Renault
Mercredi 14h-17h / Jeudi et vendredi 10h-12h / 13h30-16h30
- ➔ Ou par mail à elancoluche@ville-chateau-renault.fr
- ➔ Tél. 02 47 29 61 47