

Fiche de Renseignements – Famille – 2025/2026

Veillez compléter ce formulaire même en cas de fréquentation occasionnelle ou ponctuelle des services périscolaires.

Cocher le ou les services que vous êtes susceptibles d'utiliser.

RESTAURANT SCOLAIRE ACCUEIL PERISCOLAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES ENFANTS :

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | ECOLE | CLASSE |
|-----|--------|----------------------|-------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL :

| | | |
|--|---|---|
| NOM PRENOM DES PARENTS (Responsables légaux) | | |
| QUALITE | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur |
| ADRESSE DOMICILE | | |
| TEL. FIXE | | |
| TEL. PORTABLE | | |
| TEL. PROFESSIONNEL | | |
| MAIL | | |

• Acceptez-vous d'être contacté par :

- Mail ? OUI NON
- SMS ? OUI NON

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE OU LES ENFANTS :

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon ou mes enfants à l'accueil périscolaire. Les enfants ne pourront pas quitter l'accueil périscolaire accompagné d'un mineur, sauf avec un frère ou une sœur désigné(e) ci-dessous.

| NOM PRENOM | N° TELEPHONE |
|------------|--------------|
| | |
| | |
| | |

PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE RETARD OU DE PARENTS INJOIGNABLES :

| NOM PRENOM | N° TELEPHONE |
|------------|--------------|
| | |
| | |
| | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN TRAITANT :

| | |
|-------------------------|--|
| NOM DU MEDECIN TRAITANT | |
| ADRESSE | |
| TELEPHONE | |

BESOINS MEDICAUX

ALLERGIE : alimentaire autre Précisez la nature de l'allergie.....

ASTHME

PAI – TRAITEMENT MEDICAL en cours

Autre information à transmettre à la direction (difficultés, accident, reconnaissance MDPH ...)

.....
.....

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e)..... mère, père, tutrice, tuteur (*rayez la mention inutile*) de l'enfant ou des enfants ci-dessus dénommé(s), autorise le responsable de l'accueil périscolaire de la commune de Châteauneuf à prévenir les Services d'urgence et à prendre toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt des enfants, si l'état de santé l'exige.

A, Le

NOM..... PRENOM.....

Signature :