

Centre Périscolaire de Châteauneuf
16, rue Riveudeau
85710 CHATEAUNEUF
☎ : 02.51.54.74.09
✉ : centreperiscolaire-chateauneuf@orange.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE 2026-2027

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant ☐	Père	Responsable de l'enfant ☐
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				

Famille : Parentale ☐ Monoparentale ☐ Recomposée ☐ Accueil ☐

N° Allocataire C.A.F. :
C.A.F. d'appartenance : CAF de la vendée ☐ Autre C.A.F. :

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER MON ENFANT A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE:

Nom et prénom :
Tél:
Lien de parenté :

Nom et prénom :
Tél:
Lien de parenté :

Nom et prénom :
Tél:
Lien de parenté :

Nom et prénom :
Tél:
Lien de parenté :

INFORMATIONS - SANTE

Je soussignée(e), responsable de l'enfantautorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant si son état de santé l'exige.

Signature:

Médecin traitant Nom : Téléphone
Adresse :

Allergies	Oui	Non	Allergies	Oui	Non
Ashme		X	Alimentaire		X
Médicamenteuse		X	Animaux		X

Difficultés de santé à transmettre à la direction:

Observations générales de santé :

L'adhérent suit-il un traitement médical OUI ☐ NON ☐

Si votre enfant bénéficie d'un PAI (projet d'accueil individualisé) concernant ses besoins de santé, celui-ci doit obligatoirement être mis à jour et transmis à la direction avant la rentrée scolaire . Votre enfant ne pourra pas être accueilli au restaurant scolaire ni à l'accueil périscolaire sans son PAI (ordonnance et médicaments)

Je déclare et certifie exactes les informations notées ci-dessus.
Je m'engage à transmettre à la direction en cours d'année scolaire, tout changement administratif ou toute autre information concenant mon enfant néessaire à son accueil.

Fait à, le Signature :