

**JRB - LES LUCIOLES**

Périscolaire " Les Lucioles "

3, rue de l'Eglise

68320 BISCHWIHR

Téléphone : 03.68.07.41.15

Fax :

E-Mail : lucioles68@gmail.com

**PARENTS - 2020/2021**

Le 29/01/2020

**RESPONSABLE LEGAL (1)**

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom :** .....  
**Adresse :** .....  
**Complément d'adresse :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....  
**E-mail :** .....  
**Nationalité :** .....  
**Qualité :** Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
**Situation de famille :** Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
**Profession :** .....  
**Employeur :** .....  
**Adresse professionnelle :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone professionnel :** .....  
**E-mail professionnel :** .....  
**Régime sécurité sociale :** Général / Autre / MSA  
**Caisse sécurité sociale :** ..... **Caisse CAF :** .....  
**Numéro allocataire CAF :** .....

**RESPONSABLE LEGAL (2)**

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom :** .....  
**Adresse :** .....  
**Complément d'adresse :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....  
**E-Mail :** .....  
**Nationalité :** .....  
**Qualité :** Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
**Situation de famille :** Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
**Profession :** .....  
**Employeur :** .....  
**Adresse professionnelle :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone professionnel :** .....  
**E-mail professionnel :** .....  
**Régime sécurité sociale :** Général / Autre / MSA  
**Caisse sécurité sociale :** ..... **Caisse CAF :** .....  
**Numéro allocataire CAF :** .....

**Nb enfants total / à charge :** ..... / .....**Quotient familial :** ..... Avis d'imposition Tranche tarifaire "E" signée N° CAF Règlement Intérieur "Lu et Accepté"**Cotisation :** ..... €**Date début :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Date fin :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature des Responsables légaux :

Nom : .....

**JRB - LES LUCIOLES**

Périscolaire " Les Lucioles "

3, rue de l'Eglise

68320 BISCHWIHR

Téléphone : 03.68.07.41.15

Fax :

E-Mail : lucioles68@gmail.com

**ENFANT - 2020/2021**

Le 29/01/2020

**Nom :** ..... **Autorité parentale :** .....

**Prénom :** .....

**Date de demande :** \_\_/\_\_/\_\_ **Date d'inscription :** \_\_/\_\_/\_\_ **Sexe :** Garçon / Fille

**Date de naissance :** \_\_/\_\_/\_\_ **Nationalité :** .....

**Lieu de naissance :** ..... **Langue maternelle :** .....

**Commune :** ..... **Ecole :** ..... **Classe :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :**

1. Responsable légal (1): Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....

2. Responsable légal 2 : Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**PIECES JUSTIFICATIVES**

- Autorisation droit à l'image
- Attestation Assurance
- Autorisation Sorties
- Autorisation d'administrer des médicaments

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Signature des responsables

Nom : .....



## INFORMATIONS MEDICALES

### ENFANT

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : \_/\_/\_ Autorisation d'hospitalisation :   
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones :  
1. Responsable légal 1 : Tél Tél 2 Pro  
2. Responsable légal 2 : Tél Tél 2 Pro  
3. Famille d'accueil : Tél Tél 2  
PAI ( Projet d'Accueil Individualisé ) :  Date de renouvellement \_/\_/\_

### MEDECINS

Nom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphone : ..... Spécialité : .....

### VACCINS

DTP	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
BCG	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
Pneumocoque	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
ROR	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
Hépatite B	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
Neisvac	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....
	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	.....

### MALADIES INFANTILES

Coqueluche	_/_/_	Rougeole	_/_/_	Scarlatine	_/_/_
Oreillons	_/_/_	Rubéole	_/_/_	Varicelle	_/_/_

### COMMENTAIRES

Antécédents médicaux :

Interventions chirurgicales :

Autres maladies :

Allergies et conduite à tenir :

Observations :