

**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 - 2018/2019**

Le 08/02/2018

**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  
 n° CAF  
 Tranche tarifaire "E" signée

**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 - 2018/2019**

Le 08/02/2018

**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 :** .....

**FRATRIE HORS DE LA STRUCTURE**

**Prénom :** ..... **né(e) le** \_\_/\_\_/\_\_ **Prénom :** ..... **né(e) le** \_\_/\_\_/\_\_

**Prénom :** ..... **né(e) le** \_\_/\_\_/\_\_ **Prénom :** ..... **né(e) le** \_\_/\_\_/\_\_

**Prénom :** ..... **né(e) le** \_\_/\_\_/\_\_ **Prénom :** ..... **né(e) le** \_\_/\_\_/\_\_

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

Signature des responsables

Nom : .....

## GRILLE TARIFAIRE Tranche E 2ème enfant

---

AL\_Journée (R) x11h - ALSH : 16.7 €  
AL\_Journée (R) + Sortie x 11h - ALSH : 20.21 €  
Adhésion : 12 €  
Accueil pause méridienne x1h sans repas : 2.54 €  
Midi x 2h00 - périscolaire : 3.51 €  
Repas : 4.45 €  
Soir x 2h30 - Périscolaire : 4.84 €  
Activité Zumba : 25 €  
Camp : 96.3 €  
Pause méridienne x 1h sans repas : 2.54 €  
Nuitée : 15.65 €

---

### ACTIVITES


---

### PIECES JUSTIFICATIVES

- |                                                                     |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autorisation droit à l'image               | <input type="checkbox"/> Règlement Intérieur Lu et Accepté |
| <input type="checkbox"/> Attestation Assurance                      |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Autorisation Sorties                       |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Autorisation d'administrer des médicaments |                                                            |

Date : __/__/____ Nom : .....	Signature des responsables
----------------------------------	----------------------------

**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



## 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	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....
Tétracoq	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....
ROR	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....
Hépatite B	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....
	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....
	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....
	_/_/____	_/_/____	_/_/____	_/_/____	.....

### MALADIES INFANTILES

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

### COMMENTAIRES

Antécédents médicaux :

Interventions chirurgicales :

Autres maladies :

Allergies et conduite à tenir :

Observations :