



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 : /

- Avis d'imposition
 N° CAF

Cotisation : €

Quotient familial :

- Tranche tarifaire "E" signée
 Règlement Intérieur "Lu et Accepté"

Date début : __/__/____ **Date fin :** __/__/____

Date : __/__/____

Signature(s) :

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 - 2021/2022**

Le 16/03/2021

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(s) :

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

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux :

Interventions chirurgicales :

Autres maladies :

Allergies et conduite à tenir :

Observations :