

JRB - L'ILE AUX COPAINS

Périscolaire "L'île aux Copains "

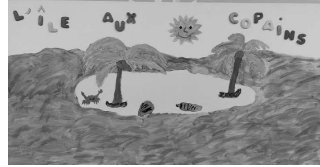
2c, rue de la 1ère Armée française

68320 URSCHEMHEIM

Téléphone : 09.53.92.21.82

Fax :

E-Mail : peri.durren@gmail.com



Le 01/03/2022

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 : **Société de rattachement :**
Employeur : **N° matricule :**
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel : **CSP :**
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 : **Société de rattachement :**
Employeur : **N° matricule :**
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel : **CSP :**
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**Cotisation :** €**Date début :** __/__/__**Date fin :** __/__/__

Date : __/__/__

Signature(s) :

Nom :

JRB - L'ILE AUX COPAINS

Périscolaire "L'île aux Copains "

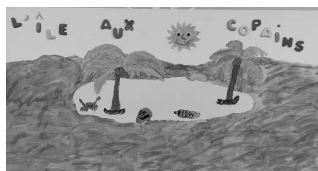
2c, rue de la 1ère Armée française

68320 URSCHENHEIM

Téléphone : 09.53.92.21.82

Fax :

E-Mail : peri.durren@gmail.com



ENFANT - 2022/2023

Le 01/03/2022

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 :**

Date : ___/___/___

Signature(s) :

Nom :

GRILLE TARIFAIRE Tranche E 2ème enfant

Supp Widen soir : 2.7 €
Supp Widen midi : 3.6 €

Accueil 1h : 1.93 €
Midi 2h Péri-scolaire : 3.86 €
Repas : 4.45 €
Soir x 2h30 - Péri-scolaire : 5.39 €
matin x1 - péri-scolaire : 1.93 €
Accueil minimum matin - Sans repas : 9.78 €
Accueil minimum après-midi - Sans repas : 9.78 €
Supplément soir : 2 €

PIECES JUSTIFICATIVES

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

Date : __/__/__

Signature(s) :

Nom :

JRB - L'ILE AUX COPAINS

Périscolaire "L'île aux Copains "

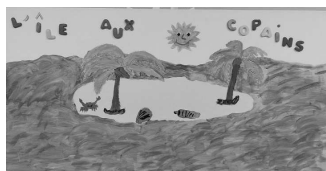
2c, rue de la 1ère Armée française

68320 URSCHENHEIM

Téléphone : 09.53.92.21.82

Fax :

E-Mail : peri.durren@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	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
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 :