



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

Tranche tarifaire "E" signée

N° CAF

Cotisation : €

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 - 2022/2023

Le 02/03/2022

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

AL_Journée (R) x11h - ALSH : 17.71 €

AL_Journée (R) + Sortie x 11h - ALSH : 21.4 €

Accueil pause méridienne x1h sans repas : 2.8 €

Midi x 2h15 - Périscolaire : 4.35 €

Repas : 4.45 €

Soir x 2h15 - Périscolaire : 4.9 €

Pause méridienne x 1h sans repas : 2.8 €

Camp : 79.99 €

Nuitée : 10 €

Supplément retard : 2 €

Accueil minimum matin - Sans repas : 9.78 €

Accueil minimum après-midi - Sans repas : 9.78 €

ACTIVITES

PIECES JUSTIFICATIVES

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

Date : __/__/__

Signature(s) :

Nom :



INFORMATIONS MEDICALES

ENFANT

Nom et prénom :
Date de naissance : _/ _/ _
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 :