

Année scolaire  
2021-2022

## Fiche signalétique scolaire & périscolaire



→ Fiche à envoyer ou à déposer uniquement au service Périscolaire / Entretien en mairie, joindre un justificatif de domicile récent et l'attestation de Quotient Familial\* de la CAF **avant le 10 août 2021**.

\* A renouveler à chaque changement de situation

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée à la rentrée 2021/2022 : \_\_\_\_\_

Nom de la famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

célibataire  mariés  vie maritale  pacsés  divorcés\*  séparés\*  veuf(ve)

\* : Existe-t-il des dispositions particulières pour la garde de votre enfant ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Allocataire CAF	Conjoint
Nom		
Prénom		
n° allocataire		
n° téléphone (en cas d'urgence)		
m@il		
Adhésion facture par mail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## Santé de l'enfant

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

Centre hospitalier souhaité en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Observations médicales particulières : \_\_\_\_\_

Projet d'Accueil Individualisé (PAI / traitement ou régime) : \_\_\_\_\_

## Informations périscolaires

**ACCUEIL PERI-SCOLAIRE** (attestation employeurs obligatoire):  matin  soir

**RESTAURATION SCOLAIRE** :  lundi  mardi  jeudi  vendredi

**ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDI** :  maternel  élémentaire

**ACCUEIL DE LOISIRS SAMEDI**  après-midi

## Personnes majeures susceptibles de venir chercher l'enfant \*

Nom/prénom	adresse	tél	lien de parenté

\* : sur présentation d'une pièce d'identité

## J'AUTORISE :

- Les agents municipaux concernés à photographier/filmer mon enfant pour une éventuelle publication de ces images dans des supports municipaux.  oui  non
- Le personnel d'encadrement à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation et l'anesthésie en cas de maladie ou d'accident  non  oui  
*(les frais nécessités par le traitement sont à la charge de la famille).*
- Je déclare avoir pris connaissance du fonctionnement des différents accueils, je m'engage à m'y conformer et informer le service d'éventuelles modifications de renseignements.

Seclin, le \_\_\_\_\_

«Lu et approuvé»  
Signature de la mère                      Signature du père