



ACCUEIL PERISCOLAIRE
 1 Place St Maurice
 HOSTUN
 Tel : 04 75 48 80 33



QUOTIENT FAMILIAL :

L'ENFANT

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

LA FAMILLE

Nom du Responsable Légal.....

PERE

MERE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Situation Maritale :

Situation Maritale :

N° de Téléphone



	Monsieur	Madame
Domicile		
Travail		
Portable		

Profession et adresse de l'Employeur

Père :

Mère :

A QUEL REGIME SOCIAL APPARTENEZ-VOUS?

* (entourer la bonne réponse)

Régime général*

Autres régimes (SNCF, EDF-GDF ...)*

M.S.A.*

AUTORISATION PARENTALE- ACCUEIL PERISCOLAIRE

Je, soussigné(e).....autorise les responsables de l'accueil périscolaire d'Hostun à présenter mon enfant.....à un médecin en cas de soin à donner d'urgence. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur :

Nom et adresse du médecin de famille :

N° de Téléphone :

Ou l'hospitalisation à :

J'autorise mon enfant :

- à participer, à ne pas participer (rayer la mention inutile) aux activités organisées (transport y compris)

Personnes à prévenir en cas de nécessité (joignables aux heures de l'accueil périscolaire) :

Nom : Prénom : Tel :

Nom : Prénom : Tel :

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil périscolaire :

Autorise
N'autorise pas

mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire
à partir deh

Lu et approuvé,

Le.....

Signature du père et de la mère (ou tuteur légal)

