



Peris'cool  
Péris'cool

14, rue de l'usine  
57840 OTTANGE

Tél. : 03 82 82 07 37 / 06 71 00 08 81

Email : periscolaire.ottange.nondkeil@orange.fr

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Adhésion le : ..... Sexe : M  F

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Allergies : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : ..... Régime social : .....

C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE  Autre C.A.F. ....

Revenu mensuel ..... Nbre Enfants à charge : .....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI  NON

J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI  NON

J'autorise mon enfant à utiliser les transports mis en place par le service périscolaire:

oui  non

Médecin traitant : Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :