

# ANNEE SCOLAIRE 2022 / 2023

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Un dossier par parent (si domiciliation différente) pour les enfants en « garde alternée » est recommandé.

### ENFANTS

| NOM ET PRENOM | DATE DE<br>NAISSANCE | ECOLE-<br>CLASSE | INSTITUTEUR<br>(TRICE) | REGIME<br>SANS<br>VIANDE | AUTORISE A SORTIR<br>SEUL       |            |
|---------------|----------------------|------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
|               |                      |                  |                        |                          | PERISCO / ACCUEIL<br>DE LOISIRS |            |
|               |                      |                  |                        | OUI<br>NON               | OUI<br>NON                      | OUI<br>NON |
|               |                      |                  |                        | OUI<br>NON               | OUI<br>NON                      | OUI<br>NON |
|               |                      |                  |                        | OUI<br>NON               | OUI<br>NON                      | OUI<br>NON |
|               |                      |                  |                        | OUI<br>NON               | OUI<br>NON                      | OUI<br>NON |

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MES ENFANTS (AUTRES QUE LES PARENTS)

| NOM | PRENOM | TELEPHONE |
|-----|--------|-----------|
|     |        |           |
|     |        |           |
|     |        |           |
|     |        |           |

#### **POUR LE PERISCOLAIRE UNIQUEMENT :**

Si vous souhaitez être prélevé ou renouveler votre prélèvement, merci de nous compléter le **mandat** ci-joint et de nous fournir un **RIB**.

**PARENT 1 :**

Le parent 1 sera la **personne contactée en premier**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE POSTALE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

QUARTIER : Centre Bourg  Grand centre Vergeron  Gare-RD 1085  Les Iles Hauteurs de Moirans  Autre : .....

TEL. PERSONNEL : \_\_\_\_\_

TEL. TRAVAIL : \_\_\_\_\_

NOM + N° ASSURANCE RESPONSABILITE CVILE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N°ALLOCATAIRE : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE : concubin(e) marié(e)  pacsé(e)  célibataire divorcé(e) / séparé(e)  veuf(ve) 

MAIL (EN MAJUSCULE) :

**Attention**, ce mail sera utilisé pour le **PORTAIL FAMILLE**, l'envoi des factures et informations

\_\_\_\_\_

**PARENT 2 :**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE POSTALE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

QUARTIER : Centre Bourg  Grand centre Vergeron  Gare-RD 1085  Les Iles Hauteurs de Moirans  Autre : .....

TEL. PERSONNEL : \_\_\_\_\_

TEL. TRAVAIL : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE :

marié(e)  pacsé(e)  célibataire concubin(e)  divorcé(e) séparé(e)  veuf(ve) 

J'autorise toute personne responsable de l'activité à laquelle participe mon enfant, à prendre les mesures qu'elle jugerait utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (à l'accueil ou sur site internet) et autorise Léo Lagrange Moirans à saisir les informations personnelles et médicales nécessaires à l'inscription aux activités des membres de ma famille.

J'autorise l'équipe de Léo Lagrange à photographier et diffuser l'image de mes enfants dans le cadre strict de la communication Léo Lagrange ou de la ville : oui  non

A Moirans le ..... Signature parentale obligatoire

