**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM/PRÉNOM de(s) l’enfant(s)** | **Date de naissance** | **École fréquentée** | **Niveau de classe** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

L(es)’enfant(s) habite(nt) au domicile :  Des parents  Du père  De la mère  Garde alternée  Autres, précisez……………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PÈRE** | **MÈRE** | **AUTRE (famille d’accueil, tuteur…)** |
| **NOM** |  |  |  |
| **PRÉNOM** |  |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |  |
| **Situation de famille** |  □ Célibataire □ Marié(e) □ Pacsé(e) □ Divorcé(e) □ Veuf(ve) |
| **ADRESSE** |  |  |  |
| **Autorité parentale** |

|  |  |
| --- | --- |
| OUI | NON |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| OUI | NON |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  OUI |  NON |

 |
| **Téléphone portable** |  |  |  |
| **Téléphone Domicile** |  |  |  |
| **Adresse Mail** |  |  |  |
|  **RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS** |
| **Employeur** |  |  |  |
| **Lieu de travail** |  |  |  |
| **Service** |  |  |  |
| **Tél travail fixe** |  |  |  |
| **Tél portable professionnel** |  |  |  |
| **Profession** |  |  |  |

 Toute modification d’adresse, de téléphone ou de situation familiale survenant durant l’année scolaire doit être obligatoirement signalée au Pôle Enfance, Jeunesse et Solidarité.

AUTORISATIONS PARENTALES :  J’atteste sur l’honneur que j’ai bien souscrit une police d’assurance complète responsabilité civile périscolaires couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.  J’atteste que mon(mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toutes les activités périscolaires.  J’atteste sur l’honneur avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur et en accepter les conditions. J’autorise la commune de Bonifacio à utiliser l’image de mon(mes) enfant(s) à des fins de publications sur différents supports et/ou de promotion. □ J’autorise le chef de service, sous l’autorité de Mr le Maire, à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d’urgence suivant les prescriptions du médecin.

**Pour le Centre aéré :** □ J’autorise la prise de vue de mon enfant et l’utilisation de l’image à des fins de publications sur différents supports et/ou de promotion. □ J’autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le centre. □ J’autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d’urgence suivant les prescriptions du médecin.

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNES À CONTACTER** | **Autorisations (à cocher)** |
| **Nom/Prénom** | **Lien de parenté**  | **Téléphone Portable** | **Téléphone Fixe** | **Code postal/Ville** | **Récupérer à la sortie** | **En cas d’urgence** |
|  |  |  |  |  | **** | **** |
|  |  |  |  |  | **** | **** |
|  |  |  |  |  | **** | **** |

 J’atteste sur l’honneur l’exactitude de ces renseignements.

Fait à BONIFACIO, le………………….. Signatures des responsables légaux