



ACCUEIL PERISCOLAIRE « Les Globe-Trotters »  
90 route de l'Avenir 74370 Argonay

04.50.27.59.25 Fax : 04.50.27.59.26 E-Mail : accueil.periscolaire@mairie-argonay.fr

## PARENTS

### RESPONSABLE LEGAL

Nom : .....	Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....	
Adresse : .....	
Complément d'adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : .....
E-mail : .....	
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère	
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé	
Profession : .....	
Employeur : .....	
Adresse professionnelle : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Téléphone professionnel : .....	E-mail professionnel : .....
Régime sécurité sociale : Général / Fonctionnaire / Autre / MSA	Caisse CAF : .....
Numéro allocataire CAF : .....	Quotient familial : .....

### CONJOINT

Nom : .....	Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....	
Adresse : .....	
Complément d'adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : .....
E-mail : .....	
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère	
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé	
Profession : .....	
Employeur : .....	
Adresse professionnelle : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Téléphone professionnel : .....	E-mail professionnel : .....
Régime sécurité sociale : Général / Fonctionnaire / Autre / MSA	
Nombre d' enfants total / à charge : .....	

# ENFANT

Nom : .....	Sexe : Garçon / Fille
Prénom : .....	
Date de naissance : _/ _/ _	Lieu de naissance : .....
Classe : .....	Ecole : Maternelle/Elémentaire

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (hors parents)

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (hors parents)

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse / CP / Ville : .....	
Téléphone 1 : .....	Téléphone 2 : ..... Lien de parenté : .....

## FRATRIE HORS DE LA STRUCTURE

Prénom : .....	né(e) le	_/ _/ _
Prénom : .....	né(e) le	_/ _/ _
Prénom : .....	né(e) le	_/ _/ _
Prénom : .....	né(e) le	_/ _/ _
Prénom : .....	né(e) le	_/ _/ _

Autorisation photos et films : oui / non
--

# INFORMATIONS MEDICALES

## ENFANT

Nom et prénom : .....

Date de naissance : \_/ \_/ \_

## MEDECIN

Nom : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Spécialité : .....

## VACCINS

BCG \_/ \_/ \_ \_/ \_/ \_

Test Tuberculin \_/ \_/ \_ \_/ \_/ \_

Tetracoq \_/ \_/ \_ \_/ \_/ \_

ROR \_/ \_/ \_ \_/ \_/ \_

Pentacoq \_/ \_/ \_ \_/ \_/ \_

## MALADIES INFANTILES

Coqueluche \_/ \_/ \_

Rougeole \_/ \_/ \_

Scarlatine \_/ \_/ \_

Oreillons \_/ \_/ \_

Rubéole \_/ \_/ \_

Varicelle \_/ \_/ \_

## COMMENTAIRES

Antécédents médicaux : .....

Interventions chirurgicales: .....

Autres maladies : .....

Allergies et conduite à tenir : .....

Observations : .....

Régime alimentaire particulier : .....

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION EN CAS DE BESOIN

J'autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire à prendre toute initiative en cas d'accident ou de maladie subite survenant à mon enfant dans le cadre de l'Accueil Périscolaire.

Date : \_/ \_/ \_

Signature :

Nom : .....