

**COMMUNE D'IFFENDIC –
DOSSIER D'INSCRIPTION - SERVICES PERISCOLAIRES
(Restauration scolaire, Garderie Municipale/Étude Surveillée, ALSH « La Cabane aux Espiègles »)**

Fiche Renseignement Enfant 2010 - 2011

Enfant

Nom Prénom

Age : Sexe : M F

Né(e) le ___/___/___ à

N° de sécurité sociale : Nationalité :

Famille

M. et Mme

Adresse : Téléphone 1 :

..... Téléphone 2 :

..... Télécopie :

Courriel :

N° Allocataire CAF : voir ci-dessous

N° Allocataire MSA :

Pour les familles d'IFFENDIC ou les familles des communes extérieures ayant conventionné avec la mairie d'IFFENDIC dépendant du régime CAF

Indiquer votre numéro d'allocataire* :

** sous réserve que votre dossier CAF soit à jour.*

Ou si vous vous opposez à la consultation de votre Q.F. par les services municipaux au moyen de l'outil Internet professionnel CAF-Pro (conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous avez la possibilité de vous opposer à la consultation de ces informations), il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier à savoir : l'Attestation de paiement de la CAF 2010 indiquant le **quotient familial** (à demander à votre caisse par téléphone 0.820.25.35.10, Internet www.35.caf.fr rubrique « votre dossier », borne libre service dans les centres CAF)

Situation Familiale : Mariés Vie maritale Divorcés Célibataire Veuf (ve)

Nombre Total d'Enfants :

Assurance :

Nombre d'Enfants à Charge :

N° de police :

Fiche Père :	Fiche Mère :
Nom.....Prénom.....	Nom..... Prénom.....
Né(e) le ___/___/___ à.....	Né(e) le ___/___/___ à.....
Nationalité :	Nationalité :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Courriel :	Courriel :
Mobile :	Mobile :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
Profession :	Profession :
Société :	Société :
Tel. Professionnel :	Tel. Professionnel :
Autorité Parentale : Oui / Non	Autorité Parentale : Oui / Non

Nom de la(es) personne(s) responsable(s) des paiements :

Nom Prénom des enfants à charge	Date de naissance	École Fréquentée	Classe

Divers	
Sommeil :	Habitudes :
Activités :	Notes :

Autorisations		Commentaires
Autorisation de sortie	oui / non	
Départ seul	oui / non	
Prise d'images	oui / non	
Diffusion d'images	oui / non	
Transport collectif	oui / non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Régime Alimentaire	Commentaires

Allergie	Commentaires
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

Vaccins	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
BCG	__/__/__	
COQUELUCHE	__/__/__	__/__/__
DIPHTERIE	__/__/__	__/__/__
DT POLIO	__/__/__	__/__/__
HEPATITE B	__/__/__	__/__/__
POLIOMYELITE	__/__/__	__/__/__
ROR	__/__/__	__/__/__
TETANOS	__/__/__	__/__/__
TETRACOQ	__/__/__	__/__/__

Médicament	Début	Fin	Commentaires
	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	

Maladie	OUI	NON	Commentaires
ANGINE			
COQUELUCHE			
OREILLONS			
OTITE			
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
ROUGEOLE			
RUBEOLE			
SCARLATINE			
VARICELLE			

Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation : Établissement Hospitalier :

Traitement contre la Pédiculose :

