

**CCAS de LUDRES**

**ACCUEIL PERISCOLAIRE MATERNELLE**

**ECOLE :**

**CLASSE :**

**GARDE OCCASIONNELLE**

**POUR L'ACCUEIL SUR SOIR, IL EST IMPERATIF DE REMETTRE A L'AIDE MATERNELLE DU PERISCOLAIRE AVANT CHAQUE FREQUENTATION, UN BILLET DE GARDE OCCASIONNELLE LES JOURS ET HEURES D'ACCUEIL**

**NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT :**

**Date de Naissance :**

**NOM et PRÉNOMS DES PARENTS :**

**ADRESSE :**

**Tél. domicile :**

**Tél. travail (père) :**

**N° Allocataire CAF :**

**Portable :**

**Tél. travail (mère) :**

Information sur la santé de l'enfant en cas de problèmes :



**En cas d'accident** : Personne à prévenir en dehors des parents, joindre :

**NOM - Prénom - Téléphone**



Médecin à contacter :

**Nom :**

**Tél. :**

**Établissement hospitalier où transférer l'enfant :**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame autorise la responsable de l'accueil Périscolaire de LUDRES à prendre toutes les mesures de soins et d'hospitalisation nécessaires en cas d'urgence pour garantir la santé de mon enfant, dans le cas où je n'aurais pu être informé(e) de l'accident qui lui serait survenu.

**En cas d'absence ou d'empêchement des parents** :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

autorise M

Adresse

Tél.

à prendre en charge mon enfant

J'ai pris parfaite connaissance du règlement intérieur du Périscolaire qui accompagne cette fiche.

**« Lu et approuvé »**

**Date :**

**Signature des Parents**