

ACCUEIL PERISCOLAIRE MATERNELLE**ECOLE :****CLASSE :****GARDE REGULIERE et PERMANENTE****NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT :****Date de Naissance :****NOM et PRÉNOMS DES PARENTS :**

ADRESSE :

Tél. domicile :

Tél. travail (père) :

Portable :

Tél. travail (mère) :

N° Allocataire CAF :**JOURS ET HEURES CHOISIS :**

LUNDI		MARDI		JEUDI		VENDREDI	
7h30-8h30		7h30-8h30		7h30-8h30		7h30-8h30	
16h30-17h30		16h30-17h30		16h30-17h30		16h30-17h30	
17h30-18h30		17h30-18h30		17h30-18h30		17h30-18h30	

En cas d'absence, merci de prévenir à l'aide du billet prévu à cet effet.

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 Péricolaire 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.

ATTENTION : Les enfants des écoles primaires **quittent seuls** l'accueil à la fermeture du service soit 18h30. La possibilité de reprendre les enfants avant reste en vigueur.

AUTORISATION SPECIALE : (valable tout l'année scolaire)

Je soussigné(e) autorise mon enfant à quitter seul l'accueil **avant la fermeture du service**, soit à h

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

« Lu et approuvé »

Date :**Signature des Parents**