

Pièces à fournir



Commune d'ESSOMES SUR MARNE
1, Rue de l'Abbaye
BP 6
02400 ESSOMES SUR MARNE
Tél : 03.23.83.08.31 / Fax : 03.23.69.91.27
Mél : delphine@mairie-essomes.com

- Bons CAF ou MSA
- Chèques vacances scolaire
et extrascolaire
- Attestation d'assurance
- Copie des vaccinations
- Copie du livret de famille
- Fournir une photo d'identité

LIVRET D'ACCUEIL
(Scolaire, Péri-scolaire, Extrascolaire,
NAP)

*Ce livret vous est remis pour que votre
enfant puisse participer à toutes les
activités. Il est à compléter et à
retourner **OBLIGATOIREMENT** dès
la rentrée*

Nom :

Prénom :

Renseignements concernant l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse de l'enfant :

.....

Régime social sous lequel l'enfant est affilié (l'organisme qui verse les prestations familiales) N° d'allocataire :

CAF

MSA

AUTRES

Votre enfant a-t-il des allergies : oui non

Si oui de quel type :

.....

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires : oui non

Si oui lesquels :

.....

Votre enfant fréquentera t-il :

La cantine oui non

La Garderie oui non

Les NAP oui non

Attestation

Je soussigné (e)(s) Monsieur, Madame,

.....

déclare (nt) avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs (cantine, périscolaire, extrascolaire, alsh), ainsi que la charte de vie de la restauration scolaire, pour l'année 2017-2018.

J'atteste avoir lu avec mon enfant la totalité des documents.

Date et signatures des parents précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Renseignements concernant les parents ou représentant légal

Père :

Nom et Prénom :

Adresse :

.....

Tél fixe :

Tél portable :

Adresse mail :

Nom et Téléphone de l'employeur :

.....

Mère :

Nom de jeune fille.....

Nom d'épouse

Prénom :

Adresse :

.....

Tél fixe :

Tél portable :

Nom et Téléphone de l'employeur :

.....

Adresse mail :

Adresse mail :

Personne à prévenir :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Maladies, accidents, interventions chirurgicales survenues depuis la naissance :

.....

.....

L'enfant est-il actuellement sous traitement : OUI NON

Si oui, lequel :

.....

Porte-t-il des lunettes : OUI NON

Remarques :

.....

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné,,
autorise Madame la Directrice du Centre de Loisirs d'Essômes-sur-
Marne ainsi que les directeurs des écoles et les responsables de la
Mairie à hospitaliser mon fils, ma fille (1)
..... en cas de nécessité.

Fait à, le

signature

(1) rayer la mention inutile

AUTORISATION PARENTALE

Nom, prénom de l'enfant :

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

.....

Autorise mon enfant à quitter seul l'école, le car et le
centre de loisirs.

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon
enfant à l'école, au car et au centre de loisirs :

-

tél :

-

tél :

-

tél :

Signature

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

représentant légal de demeurant

à

Tél :

Donne l'autorisation de diffuser les photographies de mon
enfant prises dans le cadre des activités de l'école ou du Centre de
Loisirs, pour les usages suivants :

- exposition dans le cadre des activités du Centre de
Loisirs ou scolaire.
- Publication éventuelle à des fins de communication ou
par la presse.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la
reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant
et ne devront pas porter atteinte à sa réputation.

Ne donne pas l'autorisation.

Date :

Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé, bon pour accord »