DEPARTEMENT DE L'OISE - ARRONDISSEMENT DE COMPIEGNE - CANTON DE THOUROTTE

« Pays des Sources »

COMMUNE DE 60490 MAREUIL LA MOTTE

SERVICE D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

4 rue de la place 60490 Mareuil-la-Motte

Téléphone : 03 44 90 18 27 – mail : periscolaire.mareuillamotte@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

ENFANT:

NOM: AGE: SEXE:

PRENOM:

NE(E) LE:____/_____/_____

Adresse:

Code postal: CLASSE:

Commune: à la rentrée 2025

N° de sécurité sociale:

Régime (CAF, MSA, SNCF, RSI): N° ALLOCATAIRE:

Total enfants à charge:

Assurance de l'enfant: N°de police:

Situation familiale:

Marié ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐

Pacsé ☐ Union libre ☐

FICHE PERE	FICHE MERE
NOM:	NOM:
PRENOM:	PRENOM:
Adresse (si différente de l'enfant):	Adresse (si différente de l'enfant):
Adresse mail :	Adresse mail :
Tél. domicile:	Tél. domicile:
Tél. portable:	Tél. portable:
Tél. travail:	Tél. travail:
Profession:	Profession:
Employeur:	Employeur:

En cas de séparation ou de divorce: Nom, Prénom du parent ayant l'enfant en garde (joindre copie du jugement)

DEPARTEMENT DE L'OISE - ARRONDISSEMENT DE COMPIEGNE - CANTON DE THOUROTTE
« Pays des Sources »
COMMUNE DE 60490 MAREUIL LA MOTTE

SERVICE D'ACCUEIL PERISCOLAIRE
4 rue de la place 60490 Mareuil-la-Motte

Téléphone : 03 44 90 18 27 – mail : periscolaire.mareuillamotte@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

AUTORISATIONS

Départ seul:	**OUI** □ **NON** □	**Prise d'image**	**OUI** □ **NON** □
Maquillage	**OUI** □ **NON** □	**D'archiver vos documents**	**OUI** □ **NON** □

personnes autorisées à venir chercher l'enfant:
-
-

Médecin (adresse, téléphone, ville):

Régime alimentaire ou allergie:

Etablissement hospitalier habituel:

Autorisation d'hospitalisation: □ **j'autorise la directrice du service à prendre les décisions nécessaires et à faire intervenir le service médical d'urgence**

Personnes à contacter en cas d'urgence (Nom et n° de téléphone):
-
-

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de la directrice de la structure.

Je me dois de respecter les horaires de l'accueil.
J'autorise la directrice à consulter les différentes données allocataires présentes dans l'outil CDAP de la CAF.
Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter.

Fait à _____ **le** _____

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal **Signature de la directrice**

_____ _____

Documents à fournir:

- **photocopie avis d'imposition 2024 (revenus 2023) pour tous à la rentrée de septembre 2025**
- **attestation d'assurance 2025/2026 couvrant la responsabilité civile et les risques individuels de l'enfant**
- **photocopie du carnet de vaccinations à jour**

Attentions les revenus de la CAF prime sur le calcul des séances