**COMMUNE DE HARSKIRCHEN Mairie 6 rue de Fénétrange**

67260 – Tél. 03 88 00 90 83

E-mail : [mairie.harskirchen@wanadoo.fr](mailto:mairie.harskirchen@wanadoo.fr)

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL PERISCOLAIRE ET/OU RESTAURANT SCOLAIRE**

**ANNEE 20 /20** .

**L’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** |  | |
| **Prénom** |  | |
| **Date de naissance** |  | **Sexe □ M □ F** |
| **Lieu de naissance** |  | |

**SITUATION DE L’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre enfant souffre-t-il d’allergies alimentaires ?  Votre enfant souffre-t-il d’autres allergies ? | □ **OUI**  □ **OUI** | □ **NON**  □ **NON** |
| Si oui, veuillez préciser la nature de l’allergie : …………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….. | | |

**ASSURANCES**

Compagnie : N° contrat :

**REPRESENTANT LEGAL 1**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Tél portable : Courriel :

**REPRESENTANT LEGAL 2**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Tél portable : Courriel :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation familiale** | □ Mariés | □ Vie maritale | □ Séparés Divorcés | □ Parent Isolé |

**AUTORISATION PARENTALE**

**J’autorise les animateurs, en cas de problème de santé ou d’accident, à appeler un médecin ou à faire procéder à un transport à l’hôpital.**

Fait à ………………………… le ………………………….

Signature des parents :