

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
PAI

TEMPS PERI ET EXTRASCOLAIRES
Année scolaire **2025/2026**

ENFANT

Nom :Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

Classe : Ecole :

Péri et extrascolaire :

☐ Accueil du matin : ☐ Accueil du soir : ☐ Restauration Scolaire : ☐ Mercredi : ☐ Vacances scolaires

Informations sanitaires de l'enfant

Allergie alimentaire : ☐ oui ☐ non Précisez :

Mise en place d'un panier repas : ☐ oui ☐ non

Si vous avez coché la case oui, merci de vous reporter à la feuille Modalités d'accueil d'un enfant ayant un panier repas

Maladies chroniques (diabète, asthme ...) : ☐ oui ☐ non Précisez :

Autres informations sanitaires :

Responsable légal 1 :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone portable :

.....

Mail:

.....

Responsable légal 2 :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone portable :

.....

Mail:

.....

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant
autorise, les agents de la Ville de Limeil-Brévannes à appliquer le PAI.

Je m'engage à fournir les médicaments prescrits par son médecin dans un sac fermé (par une fermeture éclair ou un lien à type de lacets) et identifié avec le prénom et le nom de mon enfant. Ce sac (dont le contenu doit être identique au contenu du sac remis au directeur/ à la directrice de l'école) doit être remis à un des responsables du périscolaire.

De plus, je m'engage à la vérification régulière des dates de péremption des médicaments fournis et qui restent sous ma responsabilité.

Fait à Limeil-Brévannes Le

Signature représentants légaux