



I. ENFANT : *

NOMBRE D'ENFANT SCOLARISE :

NOM : Prénom

sa future classe : Date de naissance : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ - Sexe : Masculin - Féminin

NOM : Prénom

sa future classe : Date de naissance : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ - Sexe : Masculin - Féminin

NOM : Prénom

sa future classe : Date de naissance : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ - Sexe : Masculin - Féminin

NOM : Prénom

sa future classe : Date de naissance : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ - Sexe : Masculin - Féminin

n° allocataire CAF.....

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Union maritale Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)

En cas de divorce ou de séparation : Quel parent a la garde de l'enfant ? * Père Mère

* Décision de justice : garde exclusive partagée alternée

Fournir le jugement précisant la ou les personnes disposant de l'autorité parentale.

II. PARENTS OU PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANT : *

Représentant 1 :

Père Mère
 Tuteur Autre (précisez) :

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse

Code Postal : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Ville :

☎ domicile : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ -

☎ portable : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Profession :

Nom de l'entreprise

Lieu de travail : Code Postal : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Ville:

☎ professionnel : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ -

☎ professionnel portable : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Autorité parentale : Oui Non

Représentant 2 :

Père Mère
 Tuteur Autre (précisez) :

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse

Code Postal : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Ville :

☎ domicile : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ -

☎ portable : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Profession :

Nom de l'entreprise

Lieu de travail : Code Postal : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Ville:

☎ professionnel : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/ -

☎ professionnel portable : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Autorité parentale : Oui Non

III. LES AUTORISATIONS PARENTALES OU PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANT : *

- AUTORISE(NT) la ou les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

| | | |
|------------|---------------|------------------|
| <u>NOM</u> | <u>PRENOM</u> | <u>TELEPHONE</u> |
|------------|---------------|------------------|

Lien de parenté avec l'enfant :
 Grands parent Assistante maternelle Autre (precisez) :

| | | |
|------------|---------------|------------------|
| <u>NOM</u> | <u>PRENOM</u> | <u>TELEPHONE</u> |
|------------|---------------|------------------|

Lien de parenté avec l'enfant :
 Grands parent Assistante maternelle Autre (precisez) :

| | | |
|------------|---------------|------------------|
| <u>NOM</u> | <u>PRENOM</u> | <u>TELEPHONE</u> |
|------------|---------------|------------------|

Lien de parenté avec l'enfant :
 Grands parent Assistante maternelle Autre (precisez) :

| | | |
|------------|---------------|------------------|
| <u>NOM</u> | <u>PRENOM</u> | <u>TELEPHONE</u> |
|------------|---------------|------------------|

Lien de parenté avec l'enfant :
 Grands parent Assistante maternelle Autre (precisez) :

Si, occasionnellement, une autre personne vient chercher l'enfant, la personne mandatée par la famille devra se munir d'une autorisation datée et signée par les parents et d'une pièce d'identité.

E-mail pour le portail d'inscription: (OBLIGATOIRE)

.....@.....

Inscription : Cantine **Périscolaire**

IV. ENGAGEMENTS DES RESPONSABLES :

Je (nous) soussigné (s) :

- **CERTIFIE (NT)** souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels. Et, ce conformément à la loi n°2001-624 du 17/07/01 dans son titre IV (dispositions relatives à la jeunesse et à l'éducation populaire) (joindre une copie).

-**CERTIFIE (NT)** avoir pris connaissance des renseignements demandés, atteste de l'exactitude des informations sur ma (notre) situation figurant dans le présent dossier et m' (nous) engage (ons) à signaler à la Mairie tout changement pouvant intervenir

Merci de fournir le prochain avis d'imposition au plus tard le 01 Novembre 2020

**Vos réponses sont obligatoires pour gérer l'inscription de votre (vos) enfant (s).
Un dossier incomplet ne pourra être traité.**

Nous vous remercions de votre compréhension et du soin que vous apportez à remplir ce dossier.

Signature représentant 1
Date et mention « lu et approuvé »

Signature représentant 2
Date et mention « lu et approuvé »

DOSSIER SANITAIRE

UNE FICHE PAR ENFANT

| | | |
|---|--|---|
| Handicap : oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> | Lunettes : oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> | Lentilles : oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| Appareil auditif : oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> | Recommandations utiles des parents (commentaires et conduites à tenir) : | |
| Appareil dentaire : oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> Si oui, s'enlève-t-il ? oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> | | |
| Autres (précisez) : | | |

| | | |
|--------------------------------|----------------|---|
| NOM DU MEDECIN TRAITANT | COMMUNE |  |
| | | |

| | |
|---|---------------------|
| REGIME ALIMENTAIRE | COMMENTAIRES |
| (ex : sans porc, sans sel, sans sucre...) | |

| ALLERGIES | OUI | NON | COMMENTAIRES ET CONDUITES A TENIR |
|-------------------------------|------------|------------|--|
| Alimentaires | | | |
| Médicamenteuses | | | |
| Autres (pollen, animaux, ...) | | | |

Un Protocole d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place ? oui - non (Si oui, joindre le dossier)

| | |
|--|--|
| Autorise(nt) le personnel des services municipaux : | |
| • A prendre le cas échéant toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| • A administrer, en cas de maladie de mon enfant, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| Autorise(nt) : | |
| • que mon enfant soit filmé ou photographié | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| • la diffusion de l'image de mon enfant sur tous supports de communication Mairie : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| • mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| • mon enfant à participer à des sorties organisées par le(s) responsable(s) des services municipaux : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| • mon enfant à partir seul : (<i>Nous attirons l'attention des parents sur le fait que cette autorisation s'adresse principalement aux enfants ayant atteint un degré de maturité suffisant pour appréhender la voie publique.</i>) | |
| - de l'accueil périscolaire : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |
| - à l'heure du repas (12h-13h50) : | oui <input type="checkbox"/> - non <input type="checkbox"/> |