



FICHE DE RENSEIGNEMENTS UNIQUE

2019-2020

Valable pour l'ensemble des services municipaux : garderies périscolaires, restaurant scolaire et accueil de loisirs

Remplir une fiche par enfant, à transmettre obligatoirement à l'accueil de la Mairie pour validation de l'inscription.

1. L'ENFANT :

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Ecole fréquentée à la rentrée 2019 : Classe :

Né(e) le Garçon Fille

Résidant chez les deux parents (Préciser l'adresse)

Chez la mère ❶ : (Préciser l'adresse)

Chez le père ❷ : (Préciser l'adresse)

En garde alternée (Préciser ❶ et ❷ ci-dessus)

Responsable légal 1 :

Père , mère , tuteur

Nom et prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone professionnel :

Responsable légal 2 :

Père , mère , tuteur

Nom et prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone professionnel :

EMAIL DE CONTACT (EN MAJUSCULE) une adresse mail par famille

..... @

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Nom et prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

2. PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT (hors représentants légaux)

❶ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

❷ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

❸ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

3. COMPOSITION DU FOYER :

Les frères et sœurs :

Nom et prénom : Date de naissance :

Nom et prénom : Date de naissance :

4. ASSURANCE :

Nom et adresse de l'assurance en responsabilité civile :

N° de police d'assurance :

5. FACTURATION :

Nom et prénom figurant sur la facture :

Adresse de facturation si différente du domicile :

Allocataire : CAF MSA Autres Numéro d'allocataire :Quotient familial :

Pour les non-allocataires, transmettre l'avis d'imposition de l'année précédente (en l'absence, le tarif maximum sera appliqué)

Bénéficiaire de bons vacances (CAF, MSA, ...) et CESU : **OUI** **NON**

Prélèvement bancaire automatique **OUI** **NON** (si OUI, remplir le mandat SEPA et joindre le RIB)

6. RENSEIGNEMENTS SANITAIRES ET ASSURANCES

Médecin de famille (nom, n° de tel) :

Joindre obligatoirement une copie des vaccinations du carnet de santé

➤ Votre enfant : suit-il un régime alimentaire : **OUI** **NON**

➤ Si votre enfant présente une allergie, un régime alimentaire, joindre obligatoirement le Projet d'Accueil Individualisé.

➤ Remarques éventuelles (difficultés de santé, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc, et les précautions à prendre) :

J'autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

7. AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est d'âge **ÉLEMENTAIRE**.

Je l'autorise à quitter seul la garderie périscolaire et les T.A.P. **OUI** **NON**

si OUI, précisez l'horaire de départ :

Je l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs le mercredi ou pendant les vacances scolaires **OUI** **NON**

si OUI, précisez l'horaire de départ :

8. TEMPS D'ACTIVITE PERISCOLAIRE

J'autorise mon enfant à participer aux T.A.P. **OUI** **NON** .

9. COMMUNICATION

J'autorise la prise de photos de mon enfant et leur parution sur les supports de communication de la commune ou de la presse quotidienne régionale : **OUI** **NON**

Je certifie :

- *l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler par courrier ou par mail tout **changement de coordonnées**.*

- *Avoir pris connaissance du règlement Enfance et du permis de bonne conduite du restaurant scolaire.*

Ces renseignements sont demandés par la commune dans le cadre des inscriptions aux garderies périscolaires, au restaurant scolaire et à l'accueil de loisirs de votre enfant pour saisie dans le logiciel Berger Levraut Enfance et pour une plus grande efficacité dans la gestion quotidienne et pour la sécurité de vos enfants. Une fois la saisie des données commencées, vous disposerez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978).

Fait à _____, le / / _____ Nom(s) Prénom(s) :

Signature OBLIGATOIRE du (des) représentant(s) légal(aux) précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »