



**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX POUR :**  
 ↳ **PÉRISCOLAIRE**  
 (GARDERIE MUNICIPALE, RESTAURATION SCOLAIRE)  
 ↳ **EXTRA-SCOLAIRE**  
 (ACCUEIL DE LOISIRS ET ANIMATIONS SPORTIVES)



## ANNÉE 2018/2019

**Cette fiche est à retourner obligatoirement en Mairie même si votre enfant ne participe pas aux services périscolaires/extra-scolaires.**

**De plus, il est indispensable de vérifier la fiche sanitaire en Mairie en début d'année scolaire.**

**Merci de votre compréhension.**

### L'ÉLÈVE

NOM de l'enfant : .....	Prénom : .....
.....	Sexe :                    F                    M
Né (e) le : .....	à : .....
Domicile : .....	
.....	

ÉCOLE FRÉQUENTÉE à la rentrée :       Maternelle Croix-Calteau : classe .....

Élémentaire Basses-Roches : classe.....

### LES RESPONSABLES LÉGAUX

Régime :                                       Général (CAF)                                       Agricole (MSA)                                       Fonctionnaire

Caisse d'Allocations Familiales de : ..... N° allocataire CAF : .....

NOM du parent allocataire (père/mère) ..... Quotient Familial : .....





	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR
<b>NOM</b> NOM de jeune fille	.....	.....
<b>Prénom</b>	.....	.....
<b>Adresse</b>	.....	.....
<b>Téléphone fixe / portable</b>	...../.....	...../.....
<b>Courriel</b>	.....@.....	.....@.....
<b>Profession</b>	<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse   de recevoir des informations scolaires/périscolaires par courriel	
<b>Employeur</b>	.....	.....
<b>Téléphone professionnel</b>	.....	.....
<b>Situation familiale (1)</b>	.....	.....

(1) Marié/Vie maritale/Pacsé/Divorcé/Séparé/Célibataire/Veuf/Tuteur

**Garde alternée :**                                       oui\*    non                                      \*fournir le planning ou jugement de séparation ainsi **qu'une**  
**attestation du 2<sup>ème</sup> parent pour la validation de l'inscription à l'école**

**INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE** Oui Non Régime alimentaire particuliers à préciser : ..... Allergie alimentaire médicale\* à préciser : ..... Autre problème permanent de santé\* à préciser : .....*\*Fournir tous justificatifs et pièces nécessaires à l'instruction de cette demande.*

Lors de l'inscription, les parents sont dans l'obligation de signaler les allergies et les différents problèmes de santé dont souffrent leurs enfants. Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi. Les parents engagent leur responsabilité lorsqu'ils ne signalent pas les problèmes de santé de leurs enfants.

**INSCRIPTION GARDERIE SCOLAIRE** Oui Non À LA PRÉSENCE**OU** AU FORFAIT matin  soir matin soir matin + soir**RÈGLEMENTS PAR:**Prélèvement automatique TIPI Mairie  **Pour les inscriptions pour l'accueil de loisirs (mercredi et vacances scolaires), contacter le centre de loisirs municipal au 02.54.78.73.68****AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR :****AUTORISATION DE SORTIE :** Oui NonJ'autorise mon enfant  à partir seul : merci de préciser  accueil de loisirs /  animations sportives**Et / ou**  à partir avec les personnes autorisées (voir désignation ci-dessous)Qui récupère l'enfant :  le père  la mère  autre personne :NOM Prénom .....  ..... NOM Prénom: .....  .....NOM Prénom .....  ..... NOM Prénom: .....  .....NOM Prénom .....  ..... NOM Prénom: .....  .....NOM Prénom .....  ..... NOM Prénom: .....  .....

et j'assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

**AUTORISATION DE VÉHICULER CONCERNANT LES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES/EXTRA-SCOLAIRES :** Oui Non

J'autorise les animateurs à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires/extra-scolaires.

**AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS :** Oui Non

J'autorise la participation de mon enfant à toutes les activités proposées par les animateurs notamment en cas de modification du programme prévu.


**DROIT À L'IMAGE ET À LA NOMINATION :** Oui Non

J'autorise la commune de La Chaussée Saint-Victor à photographier ou filmer mon enfant durant le temps de fréquentation des services périscolaires/extra-scolaires et à utiliser son image dans les supports d'information et de communication.

**AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE :** Oui Non

J'autorise la commune de La Chaussée Saint-Victor à prévenir les services d'urgence et à prendre toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si l'état de santé l'exige.

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

NOM et prénom : .....  .....En cas d'accident, nous préciser où nous devons conduire l'enfant :  Centre Hospitalier ou  Clinique

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

**ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ET CORPORELLE :** Oui Non

J'atteste avoir contracté une assurance responsabilité civile, corporelle, individuelle accident **en cours de validité.**

Compagnie : ..... N° de Contrat : .....

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

La Chaussée St-Victor, le

Signature