



Identité de l'enfant

Nom de l'enfant : Prénom :
 Adresse complète du ou des responsables légaux :
-Adresse 1 :

-Adresse 2 :

 Fille / Garçon Né(e) le : À :
 Ecole : Classe et Nom de l'instituteur :
 N° de Sécurité Sociale : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... /, N° d'allocataire :, Quotient :, CAF - MSA - Autre
 Régime général et fonctionnaire - Régime Agricole

Identité responsable légal

Toutes ces informations sont importantes à être renseignées	NOM PRENOM (Père, tuteur ou Parent1)	NOM PRENOM (Mère, tutrice ou Parent2)
Domicile (tél.) IMPORTANT
Portable (tél.) EN CAS D'URGENCE
Professionnel (tél.)
E-mail *

**Les factures sont envoyées par mail ainsi que d'autres informations sur la vie du service.*

Personne à prévenir en cas d'urgence – si différent des parents

Nom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Tiers autorisé à prendre en charge l'enfant (1)

Nom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

(1) Présentation pièce d'identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

Droit à l'image :

Autorise la publication interne à la structure : photos, vidéos, affichage Oui Non
 Autorise la publication extérieure : articles presse, blog, réseau social, bulletin municipal Oui Non

Autorisation baignade :

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer, dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs : Oui Non
 Mon enfant sait nager (pour les activités nautiques) : Oui*** Non
 ***Joindre le test d'aisance aquatique. Celui-ci, doit être conforme à l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles.

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant de plus de 8 ans à quitter l'Accueil, seul les mercredis et vacances scolaires : Oui, à partir de h
 Non, mon enfant ne doit pas sortir seul ; une personne majeure vient systématiquement le chercher.

Observations spéciales

Mon enfant a une allergie : (précisez)
 Type : Alimentaire Oui Non, Médicamenteuse Oui Non,
 Animaux Oui Non, Asthme Oui Non.

L'accueil de mon enfant nécessite un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non
 Votre enfant est-il reconnu en situation de handicap ? Oui⁽²⁾ Non

Médecin traitant (Nom et tél.)
 Lieu d'hospitalisation souhaité


Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé (SAMU, CAPS, pompiers), pour notre enfant.

Projet pédagogique et règlement intérieur

Certifie avoir pris connaissance des différents projets pédagogiques : Oui Non
 Certifie avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs : Oui Non


Inscriptions aux services proposés

1/ RESTAURATION SCOLAIRE :

Ne remplir ce tableau QUE si vous inscrivez votre enfant POUR TOUTE l'année scolaire. Mettre une CROIX dans les jours choisis.
 Merci de prévenir selon le règlement intérieur TOUTE ANNULATION ou MODIFICATION, au plus tard la veille avant 9h, par mail. 


	LUNDIS	MARDIS	MERCREDIS	JEUDIS	VENDREDI
RESTAURANT SCOLAIRE MIDI					

2/ ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI :

Tableau à remplir UNIQUEMENT si vous inscrivez votre enfant POUR TOUS LES MERCREDIS de l'année scolaire.
 Merci de prévenir selon le règlement intérieur TOUTE ANNULATION ou MODIFICATION, au plus tard la veille avant 9h, par mail. 

	MATIN SANS REPAS	MATIN AVEC REPAS	APRES-MIDI AVEC REPAS	APRES-MIDI SANS REPAS	JOURNEE COMPLETE AVEC REPAS
ACCUEIL DE LOISIRS - MERCREDI					

3/ ACCUEIL PERISCOLAIRE :

Ne remplir ce tableau QUE si vous inscrivez votre enfant POUR TOUTE l'année scolaire. Mettre une CROIX dans les jours et les moments choisis.
 Merci de prévenir selon le règlement intérieur TOUTE ANNULATION ou MODIFICATION, au plus tard la veille avant 9h, par mail. 

	LUNDIS	MARDIS	MERCREDIS	JEUDIS	VENDREDI
MATIN					
SOIR					

Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet^{***}

- 1 Photo (si possible),
- La fiche sanitaire de liaison complètement remplie,
- Carnet des vaccinations (photocopies),
- P.A.I. à jour **ainsi que les médicaments et ordonnances nécessaires**,
- Attestation C.A.F. ou M.S.A., avec quotient familial, **à jour**,
- Attestation de paiement A.E.E.H. (Si enfant reconnu en situation de handicap)⁽²⁾
- Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile au nom de l'enfant,
- Formulaire S.E.P.A. dûment rempli accompagné d'un R.I.B. à jour si vous optez pour les prélèvements mensuels des factures.

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Fait à : Le :

Signature responsable légal :

****Les dossiers d'inscription doivent être remplis entièrement et rendus complets pour être traités dans l'ordre d'arrivée.**