

FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION

Inscription au restaurant scolaire **OUI** **NON**

Inscription aux garderies/études scolaires **OUI** **NON**

Inscription à l'ALSH **OUI** **NON**

• **NOM DE L'ÉCOLE** :

REGIMES / ALLERGIES

- **Régimes particuliers :** **SANS PORC** **SANS VIANDE**
- **Allergies :** *(avec certificat médical et élaboration obligatoire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé))*
- Demande de mise en place d'un PAI :** oui non

Nom	Prénom	Date de naissance	Niveau scolaire	Sexe (F ou M)	Allergies

RESPONSABLES DES ENFANTS

En cas de séparation ou de divorce fournir une copie du jugement

	PÈRE	MÈRE
NOM et prénom		
Adresse		
N° de téléphone du domicile		
N° de téléphone portable		
Adresse mail		
N° de téléphone au travail Poste		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> remarié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> remariée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> célibataire
NOM et prénom du nouveau conjoint <i>(éventuellement)</i>		

Prélèvement automatique oui Non Je souhaite recevoir mes factures par la poste oui Non

Partie réservée au service

QF : Prix du repas : Prix garderie :

ALSH : Prix journée : Prix ½ journée : Matinée + repas:

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON OU MES ENFANTS EN CAS D'URGENCE :

En cas d'empêchement, j'autorise :

Nom prénom : Téléphone :

Nom prénom : Téléphone :

Nom prénom : Téléphone :

à venir chercher mon ou mes enfants entre 11h30 et 13h20 ou à la fin de la garderie du soir.

J'autorise mon ou mes enfants d'élémentaire à rentrer seul(s) au domicile à la fin de la garderie du soir :

oui non

A Le Signature du responsable légal :

POUR L'ALSH :

En cas d'empêchement, j'autorise :

Nom prénom : Téléphone :

Nom prénom : Téléphone :

Nom prénom : Téléphone :

à venir chercher mon ou mes enfants au plus tard à 18h00 à la fin de l'ALSH.

Vaccination obligatoire D.T.Polio :

Contre-indications :

AUTORISATION D'INTERVENTIONS MEDICALES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur responsable légal de mes enfants, autorise tous traitements médicaux, hospitalisations ou interventions chirurgicales rendus nécessaire par l'état de santé de mes enfants. En cas d'urgence, il sera systématiquement fait appel au SAMU ou aux pompiers.

A Le Signature du responsable légal :

Médecin traitant :

Tél :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur responsable légal de mes enfants, autorise la mairie ou la presse locale à photographier ou filmer mes enfants pendant la restauration scolaire, les activités périscolaires ou l'ALSH.

A Le Signature du responsable légal :

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) Madame, Monsieur responsable légal de mes enfants, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'approuver. Je m'engage à le respecter et à le faire respecter par mes enfants.

A Le Signature du responsable légal :

Dossier à remettre à la mairie, au service enseignement/enfance :

Apporter avec la fiche d'inscription des photocopies :

- du quotient familial de l'année en cours ou de l'avis d'imposition
- de l'attestation d'assurance scolaire
- du justificatif de domicile
- un RIB si vous souhaitez adhérer au prélèvement automatique
- du carnet de santé pour l'ALSH (vaccins)

Tout dossier incomplet sera refusé