



**FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION AUX SERVICES
PERISCOLAIRES - ANNÉE SCOLAIRE 2018 / 2019
SAINT MICHEL LE CLOUCQ – ECOLE DE LA FONTAINE**



LA FICHE NE SERA PAS TRAITEE SI TOUTES LES RUBRIQUES NE SONT PAS IMPERATIVEMENT RENSEIGNEES
LE RENOUVELLEMENT DES DOSSIERS EST OBLIGATOIRE A CHAQUE RENTREE SCOLAIRE

RESPONSABLES LÉGAUX :

PÈRE - MÈRE - AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) :

Nom d'usage : Prénom(s) :
 Adresse :
 Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Profession :
 Mail :
 Autorité parentale : Oui Non

PÈRE - MÈRE - AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) :

Nom d'usage : Prénom(s) :
 Adresse :
 Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Profession :
 Mail :
 Autorité parentale : Oui Non

AFFILIATION DES ENFANTS AU REGIME SECURITE SOCIALE :

Rattachement du (ou des) enfant(s) : au père à la mère
 Régime CAF ; N° d'allocataire : (fournir l'attestation de votre caisse)
 Régime MSA ; N° d'allocataire : (Pour le calcul du Quotient Familial, fournir le dernier avis d'imposition recto-verso (de chacun des parents si l'avis n'est pas commun) + attestation de prestations familiales).

FACTURATION : Père Mère Autre responsable légal :

En cas de prélèvement automatique, fournir un RIB et le mandat SEPA complété.

ENFANT(S) SCOLARISE(S) concerné (s) par l'inscription :

NOM	Prénom	Sexe G-F	Né(e) le :	Classe
			_ _ _ / _ _ / _ _	
			_ _ _ / _ _ / _ _	
			_ _ _ / _ _ / _ _	
			_ _ _ / _ _ / _ _	

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES RESPONSABLES LÉGAUX OU HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ;(Indiquer par ordre de priorité)

- ① - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ② - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ③ - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ④ - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SERVICES PÉRISCOLAIRES :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	EXCEPTIONNEL	JAMAIS
RESTAURANT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS :

- Autorise mon(mes) enfant(s) (plus de 8 ans) à quitter l'école seul à 16h30
 à quitter seul l'accueil périscolaire àh.....
- Autorise la diffusion de photographies sur lesquelles figure mon(mes) enfant(s). Cette autorisation est valable : pour l'édition de documents de nature pédagogique, pour des expositions relatives à l'accueil, pour les journaux d'information locale, pour la publication sur le site internet de la Commune.
- Autorise mon(mes) enfant(s) à se rendre à la Maphav dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire.
- Autorise le personnel d'encadrement des services municipaux à faire soigner mon(mes) enfant(s), à faire pratiquer toute intervention d'urgence, à le(les) faire transporter à l'hôpital du secteur par les services de secours.

Signature :**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :***(Informations particulières sur lesquelles les responsables légaux souhaitent attirer l'attention de la collectivité)***Situation particulière** (semaines paires ou impaires pour parents séparés ou garde exclusive par exemple) :**RESPONSABILITÉ CIVILE / ASSURANCE :****L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.**Responsabilité civile : Oui Non Individuelle accident : Oui Non

Compagnie d'assurance : N° du contrat d'assurance :

Date d'échéance : **Joindre une attestation d'assurance à la mairie (prévoir un double pour l'école).****DOCUMENTS A REMPLIR :**

- Fiche sanitaire
- Fiche d'inscription
- Engagement à respecter le règlement

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Carnet de santé (pages vaccination DTP)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel
- Justificatif de votre quotient familial CAF ou MSA
ou Si vous n'en avez pas votre avis d'imposition ou de non-imposition

ENGAGEMENT :

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant désignés ci-dessus, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, approuvons après en avoir pris connaissance l'ensemble des dispositions des règlements intérieurs portés à notre connaissance et demandons l'inscription aux services périscolaires de la commune de Saint Michel le Cloucq de cet (ces) enfant(s) selon les modalités définies dans ce document.

Fait à, le

(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé, bon pour accord")

La gestion des inscriptions et des données transmises dans ce document fait l'objet d'un traitement informatique non cessible et non communicable à des tiers. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).