



DOSSIER FAMILLE - INSCRIPTIONS SCOLAIRES / PERISCOLAIRES ANNÉE 2022 / 2023

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES CONCERNANT LES PARENTS

Représentant légal 1 et allocataire (payeur par défaut)	Représentant légal 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
Date _____ de _____ naissance _____ :	Date _____ de _____ naissance _____ :
Nature du lien : _____	Nature du lien : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
N° pavillon ou app. : _____	N° pavillon ou app. : _____
Code Postal : _____	Code Postal : _____
Tél. fixe : __/__/__/__ / __	Tél. fixe : __/__/__/__ / __
Portable : __/__/__/__ / __	Portable : __/__/__/__ / __
Courriel : _____ @ _____	Courriel : _____ @ _____
Profession : _____	Profession : _____
Nom _____ et _____ adresse _____ de _____ l'employeur : _____	Nom _____ et _____ adresse _____ de _____ l'employeur : _____
Tél. professionnel : __/__/__/__ / __	Tél. professionnel : __/__/__/__ / __
N°CAF : _____ ou N°MSA : _____	N°CAF : _____ ou N°MSA : _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Concubinage Pacsé

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES CONCERNANT LES ENFANTS

NOM(S)	PRÉNOM(S)	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	ÉCOLE OU INSTRUCTION EN FAMILLE	CLASSE

Je soussigné(e), _____ représentant légal du (des) enfant(s), atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le Service Périscolaire et l'école de tout changement éventuel.

Date

Signature



SANTE

Nom Prénom :

Enfant porteur de handicap : OUI NON

Joindre l'attestation MDPH.

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Contre-indications médicales : OUI NON

Allergies : OUI NON

Joindre un certificat médical.

Vaccinations obligatoires :

Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes, pour les bébés et les enfants :

Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)

Coqueluche

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b

Hépatite B

Infections invasives à pneumocoque

Méningocoque de sérogroupe C

Rougeole, oreillons et rubéole.

OUI NON

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif : OUI NON

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Hôpital :

Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom

Téléphone :

Assurance :

N° contrat :

Vu en Mairie de Pocé sur Cisse,

Le :

Signature :



INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES ANNÉE 2022/2023

**Les inscriptions sont obligatoires pour chaque année scolaire.
Tous les enfants dont la famille n'aura pas fait les démarches ne pourront être pris en charge.**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

Notifier uniquement les enfants scolarisés en maternelle et élémentaire

NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ÉCOLE	CLASSE

Votre (vos) enfant(s) est-il (sont-ils) en situation de handicap : OUI NON Si oui prénom(s) :
Si oui bénéficie(nt)-t-il(s) de l'AEEH ou d'un PAI lié au handicap ou maladie : OUI NON Si oui prénom(s) :

GARDERIE MATIN ET SOIR

Mode de fréquentation :

A l'année (tous les jours) :

Occasionnel régulier (cocher les jours) :

Exceptionnel (voir règlement intérieur) :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Matin :				
Soir :				

- Tout quart d'heure commencé est un quart d'heure facturé .

RESTAURATION

Mode de fréquentation :

A l'année (tous les jours) :

Occasionnel régulier (cocher les jours) :

Exceptionnel (voir le règlement intérieur) :

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Votre ou vos enfant(s) a-t-il ou ont-ils un PAI : Allergie Alimentaire Si oui le ou les prénom(s) :

Votre enfant a-t-il un régime particulier : Sans porc Si oui le ou les prénom(s) :

DATE :

SIGNATURE :



AUTORISATION DE SORTIE TEMPS PERISCOLAIRES ANNÉE SCOLAIRE 2022 / 2023

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) _____
(NOM / Prénom du responsable de l'enfant)

Autorise les personnes suivantes ou en cas d'urgence (par ordre de priorité)

- Mme ou M Lien : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Commune _____
- Mme ou M Lien : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Commune _____
- Mme ou M Lien : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Commune _____
- Mme ou M Lien : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Commune _____
- Mme ou M Lien : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Commune _____

À venir chercher mon (mes) enfant (s) : _____
(NOM et prénom)

À le(s) laisser partir seul : OUI NON
(Uniquement pour les élémentaires à partir de 7ans)

Occasionnellement (informer le responsable de l'accueil)

À l'année

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES TEMPS PÉRISCOLAIRES

(Document joint à ce dossier)

Le fait d'inscrire un (des) enfant(s) aux accueils périscolaires implique l'acceptation pleine et entière de son règlement intérieur. Je soussigné(e), M/Mme _____, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur sur les temps périscolaires et en accepte de façon pleine et entière tous les articles.

AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités périscolaires et/ou ALSH et en accord avec l'article 9 du Code Civil (loi du 17 juillet 1970) portant sur l'autorisation de publication de photographies :

- J'autorise la capture et la diffusion de photos, de sons ou de vidéos à vocation éducative ou de communication interne ou externe de la commune (publication de presse, blog, site internet) sur lesquelles figure mon enfant. Selon la RGPD et article 9 du Code Civil, cette autorisation pourra être retirée en adressant une demande par courrier.

La présente autorisation est incessible.

- Je n'autorise pas la capture et la diffusion de photos, de sons ou de vidéos à vocation éducative ou de communication interne ou externe de la commune (publication de presse, blog, site internet) sur lesquelles figure mon enfant. Selon la RGPD et article 9 du Code Civil.

Date

Signature accompagnée de la mention « lu et approuvé »