



DOSSIER FAMILLE – INSCRIPTIONS

SCOLAIRES / PERISCOLAIRES

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 : _____
Lieu de naissance : _____	Lieu de naissance : _____
Nature du lien : _____	Nature du lien : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
N° pavillon ou app. : _____	N° pavillon ou app. : _____
Ville et code postal : _____	Ville et 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(e)

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 Péri-scolaire et l'école de tout changement éventuel.

Date

Signature



INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

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 règlement intérieur) :

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Votre enfant a-t-il un régime particulier : Sans porc végétarien

le ou les prénom(s) :

DATE :

SIGNATURE :



AUTORISATION DE SORTIE TEMPS PERISCOLAIRES

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 _____

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 par email)

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 ainsi que des différentes notes et en accepte de façon pleine et entière tous les articles ainsi que des différentes notes jointes.

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 »



RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

Adresse de facturation : Famille Père Mère Autre

Facturation séparée en fonction de la garde alternée :

En cas de garde alternée précisez les semaines de garde :

Père : semaines paires semaines impaires

Mère : semaines paires semaines impaires

DECLARATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e)

.....

Déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires (ou joindre un certificat médical de Contre-indication) ;

J'atteste avoir déclaré l'ensemble des informations utiles à la bonne prise en charge de mon enfant lors d'activités spécifiques : difficultés de santé, précautions particulières et contre-indications (sport, ...)

Je souhaite adhérer à la facture en ligne via mon espace personnel sur le site : <https://www.espace-citoyens.net/valdamboise>. Je ne recevrai plus ma facture par courrier postal ;

J'accepte le prélèvement automatique SEPA (dans ce cas joindre un RIB) si première demande.

J'autorise la commune à consulter et conserver les données de mes ressources, utiles pour calculer le montant que je dois payer au titre de l'accueil de mon enfant ;

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs relatif au fonctionnement de l'accueil périscolaire ainsi que des différentes notes de la commune et m'engage à les respecter.

Fait à Le

SIGNATURE



QUESTIONNAIRE SANTE

Nom Prénom :

Enfant porteur de handicap : OUI NON

Joindre l'attestation MDPH.

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Joindre dès la rentrée une trousse avec l'ordonnance et les médicaments pour le service périscolaire

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 :

Assurance :

N°contrat :

Le :

Signature :