

FICHE

D'INSCRIPTION ENFANT 3 à 5 ans



Une fiche par enfant

Année scolaire 2020/2021

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Sexe : M F

VIE SCOLAIRE & PÉRISCOLAIRE

Classe :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Irréguliers*
PÉRISCOLAIRE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANTINE					
Repas parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas API					
Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Standard					
<input type="checkbox"/> Sans porc					
PÉRISCOLAIRE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*En cas d'inscription irrégulière à la cantine avec un repas API, vous devez impérativement réserver au plus tard **la veille** de la date souhaitée **avant 10h**. Aucune inscription au-delà de ce délai ne pourra être pris en compte.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant :

Téléphone :

Allergie(s) alimentaire(s) :

Non Oui, précisez :

Allergie(s) médicamenteuse(s) :

Non Oui, précisez :

Allergie(s) autre(s) :

Non Oui, précisez :

Contre-indication médicale :

Non Oui, précisez :

Observation :

.....
.....
.....

FICHE DU FOYER

1
 Père Mère

2
 Père Mère

Nom(s) : (M. - Mme) - En lettres CAPITALES	.....	.....
Prénom(s) :	.....	.....
Adresse :	.....	
Téléphone fixe :	.....	.....
Téléphone portable :	.....	.....
Courriel :	.....	.....
Profession :	.....	.....
Nom de l'employeur :	.....	.....
Tél. professionnel :	.....	.....
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> Le foyer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Situation du foyer :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale	

AUTRES CONTACT(S) AUTORISÉ(S)

(à venir chercher l'enfant et être prévenu en cas d'urgence)

	CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3
Nom(s) :
Prénom(s) :
En qualité de / Lien de parenté :
Téléphone fixe :
Téléphone portable :

FACTURATION

La facturation alternée concerne les foyers séparés et nécessite que chaque redevable fasse son propre dossier.

Le redevable :

Le foyer

1

2

Organisme versant les prestations familiales :

CAF

MSA

Autre :

Numéro d'allocataire :

Adresse de l'organisme :

.....

Facturation alternée :

Oui

Non

Si oui, Précisez (semaine paire, impaire etc) :

.....

DIVERS

* Joindre obligatoirement une attestation.

N° de sécurité sociale du responsable sur lequel l'enfant est rattaché :

/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Clé /_/_/_/_/

Assurance *

Nom de l'organisme :

.....

Adresse :

.....

N° du contrat :

.....

Mutuelle *

Nom :

.....

Adresse :

.....

N° du contrat :

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

(à remplir et à signer obligatoirement)

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services pour lesquels je demande l'inscription de mon (mes) enfant(s) et déclare en accepter les modalités. D'autre part, :

Le service enfance/Jeunesse de la Mairie de PERNANT a reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos de mon/mes enfant(s) réalisées au cours de l'année pour les usages exclusifs suivants (1) :

- AUTORISER** Journal communal,
- AUTORISER** Illustration du site et du Facebook de la commune : Pernant.fr et Pernant
- NE PAS** Des plaquettes d'informations
- AUTORISER** Le Facebook privé du périscolaire
- AUTORISER** Notre groupe Youtube « Les Kid's de Pernant »
- AUTORISER** Divers projets créés avec et pour les enfants (BD, clips,..)

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans à compter du 01 Septembre 2020. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront jamais atteinte à l'enfant.

AUTORISER

Les encadrants à présenter notre/nos enfant(s) à un médecin ou à l'hôpital en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie

NE PAS
AUTORISER

AUTORISER

Notre/nos enfant(s) à voyager : en voiture individuelle (si besoin) ou par un moyen de transport collectif.

NE PAS
AUTORISER

AUTORISER mon/mes enfants à quitter l'accueil (2) :

[Nom, Prénom et lien avec l'enfant] :

Avec Mr / Mme

ou Mr/ Mme

OU à repartir seul du périscolaire.

(1) Cocher les cases de votre choix / (2) Choisir entre les deux options

Date :

Signature(s) :