Fiche à remettre impérativement en mairie

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

NOM de l'enfant :	**Prénom :**
Date de Naissance :	**Classe 2020/2021 :**

Documents à fournir :

- ☐ **Assurance individuelle couvrant l'enfant ainsi que les tierces personnes pour les activités périscolaire ou extrascolaires**
- ☐ **Justificatif de domicile**
- ☐ **Photocopie du carnet de vaccination à jour**
- ☐ **Remplir cette feuille d'inscription dans sa TOTALITE, et accepter le règlement intérieur (livret d'accueil)**

Restaurant Scolaire

- Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire aux jours suivants :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

TAP (Cycles 2 et 3)

☐ Mon enfant fréquentera le Temps d'Accueil Périscolaire (TAP) ou le temps récréatif jusqu'à 16h30 (Gratuit)

Accueil Périscolaire

- Mon enfant fréquentera la garderie périscolaire régulièrement aux jours suivants :

Lundi	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**
☐ Matin	☐ Matin	☐ Matin (Elémentaire)	☐ Matin	☐ Matin
☐ Soir	☐ Soir		☐ Soir	☐ Soir

☐ Mon enfant fréquentera la garderie périscolaire occasionnellement

ALSH

- Mon enfant fréquentera l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement :

☐ Mercredi matin (Maternelle)
☐ Mercredi journée (Maternelle)
☐ Mercredi après-midi (Elémentaire)
☐ Petites vacances
☐ Grandes vacances

Connaissance du règlement intérieur

Je soussigné(e)……

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et extrascolaires, en approuver le contenu et m'engage à le faire respecter par mon enfant.

Le …… Signature des parents

COMPLETER LE VERSO DE CETTE FICHE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Les familles donnent l'autorisation de consultation et conservation de leurs données personnelles, issues de leur compte partenaire CAF

N° allocataire CAF : **OBLIGATOIRE** …… Nom/Prénom de l'allocataire: ……

ATTENTION ! L'affectation des tarifs dégressifs est conditionnée à la connaissance du N° d'allocataire

PÈRE :

NOM, Prénom : ……
Adresse : ……
Téléphone (en cas d'urgence) : Domicile :……..
Portable :……
Travail :……
Autre :……..

N° de Sécurité Sociale : **OBLIGATOIRE** ……
Adresse mail : **OBLIGATOIRE** ……
Nom et adresse de l'employeur : **OBLIGATOIRE** ……

MÈRE :

NOM, Prénom : ……
Adresse : ……
Téléphone (en cas d'urgence) : Domicile :……..
Portable :……
Travail :……
Autre :……..

N° de Sécurité Sociale : **OBLIGATOIRE** ……
Adresse mail : **OBLIGATOIRE** ……
Nom et adresse de l'employeur : **OBLIGATOIRE** ……

Responsabilité

- Mon enfant repartira **SEUL** des dispositifs périscolaires ou extrascolaires:

☐ Jour(s) / Horaire(s) à préciser : ……

- Autres personnes désignées par les parents pour accompagner où venir chercher l'enfant à l'accueil périscolaire ou extrascolaire:

Nom :……	Qualité : ……	Tel: ……
Nom :……	Qualité : ……	Tel: ……
Nom :……	Qualité : ……	Tel: ……
Nom :……	Qualité : ……	Tel: ……

Nom et téléphone de votre médecin traitant : ……

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle : ……
Votre enfant a-t-il des allergies ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle ou lesquelles: ……
Rappel : Toute allergie ou maladie chronique devra être signalée et accompagnée d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) si la situation le nécessite, sous peine d'exclusion de l'enfant.

Le ……. Signature des parents

COMPLETER LE RECTO DE CETTE FICHE