



## INSCRIPTION SERVICE MINIMUM

Nom de l'enfant	oui	non

⊖ joindre un certificat de travail.

## INSCRIPTION ATELIERS PERI-EDUCATIFS

Nom de l'enfant	oui	non

## PAIEMENT DES SERVICES PERI-SCOLAIRES

prélèvement automatique       oui     non

Si oui ou modification de solution de paiement, veuillez contacter le secrétariat de votre mairie.

adhésion à la facturation en ligne  oui     non

*vous ne recevrez plus la facture sous format papier – merci de renseigner votre mail :*

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : .....responsable légal du ou des

Enfant(s) :                    /                    /

Veillez rayer les autorisations que vous ne souhaitez pas donner :

- Autorise le personnel de la structure, à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.
- Autorise l'hospitalisation de mon enfant.
- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (anesthésie, chirurgie, ...)
- Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de la structure.
- Autorise la publication des images de mon enfant (photos ou films) sur les sites internet, les bulletins d'informations, les calendriers de la structure et de la collectivité à laquelle elle est rattachée. Sur internet, il ne sera mentionné aucun renseignement permettant d'identifier l'enfant.
- Autorise mon enfant à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.
- Autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure
- Autorise la collectivité à consulter, le cas échéant, mon dossier d'allocataire directement auprès de la CAF afin de prendre en compte les dernières déclarations de revenus pour le calcul des tarifs.

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE / AUTORISEES A RECUPERER LE(S) ENFANT(S)**

Nom Prénom	À contacter en cas d'urgence (*)	Autorisées à récupérer le(s) enfant(s) (*)

(\*) : cocher la (les) case(s) correspondante(s)

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Tél : .....

**INFORMATION COMPLEMENTAIRE**

Allergies connues : .....

Problèmes de santé .....

o Je reconnais avoir pris bonne note des différents points de la fiche inscription et m'engage à respecter les règlements.

**PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU PRESENT BULLETIN**

Pièces justificatives	MAIRIE
<b>famille</b>	justificatif domicile
	attestation employeur pour service minimum
	numéro allocataire CAF ou MSA
	attestation Responsabilité civile (personnelle et école)
	livret de famille
	acte divorce : garde alternée
<b>enfants</b>	carnet de vaccinations
	intolérances et allergies

Les pièces justificatives seront transmises aux écoles et au centre de loisirs en cas de demande d'inscriptions multiples (excepté le jugement de divorce)

Signature du ou des parent(s) :

Fait à : ..... le : ...../...../.....

