



## INSCRIPTION SERVICE MINIMUM

Nom de l'enfant	oui	non

⊖ joindre un certificat de travail.

## 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 :*

paiement par carte bancaire  oui     non

*merci de renseigner votre mail , pour envoi de votre identifiant*

## 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 .....

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 pour toutes les inscriptions

Pièces Justificatives	Mairie
<b>Famille</b>	Justificatif de domicile
	Attestation employeur pour le service minimum
	Numéro allocataire CAF ou MSA
	Attestation de responsabilité civile (personnelle et école)
	Livret de famille
	Acte divorce : garde alternée
<b>Enfant</b>	Carnet de santé ( copies pages des vaccinations )
	Intolérances et allergies

Tout traitement de données personnelles nécessite que la personne concernée ait fourni son consentement à l'utilisation de celles-ci. [Veuillez cocher une des cases suivantes](#)

Nous consentons à ce que les données de ce formulaire ainsi que les pièces justificatives soient transmises aux écoles et au centre de Loisirs en cas de demande d'inscriptions multiples (excepté le jugement de divorce)

Nous ne souhaitons pas de transmission de données : nous communiquerons les documents à chaque établissement lors des inscriptions à venir

En l'absence de consentement identifié, la Commune considèrera que les données ne pourront pas être transmises aux écoles et centre de loisirs.

Nous consentons à l'exploitation des informations pour l'application des barèmes en fonction de nos revenus déclarés à la CAF

Nous ne consentons pas à l'exploitation des informations pour l'application des barèmes en fonction de nos revenus déclarés à la CAF

En cas d'absence de consentement, la facturation sera réalisée sans application des quotients familiaux au tarif le plus élevé sans application du quotient familial

Signature du ou des parent(s) :

Fait à : ..... le : ...../...../.....