

ENFANT (Nom Prénom)..... Année scolaire :

Date de naissance : / / à Sexe : * F * M

Problème de santé * oui* non P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) * oui* non


Si oui préciser.....

Régime Alimentaire (allergie, religion).....

Ecole fréquentée : Le Petit Prince / Les Jacquemarts Classe : PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2/ULIS

Assurance de l'enfant: (Joindre obligatoirement une copie de l'attestation à l'école)

<p>RESPONSABLE 1 * Mère * Père</p> <p>NOM</p> <p>Prénom</p> <p>ADRESSE</p> <p>Employeur/profession</p>	<p>Cocher l'adresse de facturation le cas échéant</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>RESPONSABLE 2 * Mère * Père</p> <p>NOM</p> <p>Prénom</p> <p>ADRESSE</p> <p>Employeur/profession</p>
---	---	---

<p> Domicile</p> <p>Portable</p> <p>Professionnel</p> <p>Email@.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....@.....</p>
---	---

SIGNATURE :

SIGNATURE :

Situation familiale : *Célibataire *Marié(e) *Divorcé(e) *Pacsés *Veuf (ve) *Autre

L'autorité parentale est exercée par : Les deux conjointement *Oui *Non

Si non : un des deux parents (précisez lequel) Dans ce cas fournir une copie des justificatifs de l'attribution du droit de garde exclusif

➤ **Personnes autorisées à récupérer votre enfant**

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec la famille

➤ **Paiement par prélèvement automatique :** **OUI NON** (si oui, joindre un RIB pour un premier prélèvement ou un changement de coordonnées bancaires)

➤ **AUTORISATIONS**

- **J'autorise /je n'autorise pas** tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- **J'autorise /je n'autorise pas** l'équipe du périscolaire à administrer de l'arnica en granules (homéopathie) en cas de traumatisme
- **J'autorise /je n'autorise pas** que mon enfant soit photographié et éventuellement que la photo soit mise en ligne sur le site de la municipalité et/ou sur le journal.

➤ **INSCRIPTION AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES**

<u>RESTAURATION SCOLAIRE</u>	OUI	NON
<input type="checkbox"/> <u>Jours fixes :</u> <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi (Cocher les jours ou votre enfant mangera)		
<input type="checkbox"/> <u>Dérogation</u> (planning variable) ATTENTION, BIEN FOURNIR LE PLANNING DES REPAS LA DERNIERE SEMAINE DU MOIS PRECEDENT		
<input type="checkbox"/> <u>Cas exceptionnel</u>		
ACCUEIL MATIN	OUI	NON
ACCUEIL SOIR	OUI	NON

La fiche d'inscription devra être rendue **impérativement par toutes les familles** au service périscolaire avec les documents demandés sur la dernière page du règlement de fonctionnement