

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

 Garderie périscolaire Restauration scolaire

Renseignements concernant les enfants utilisateurs des services

NOM PRENOM ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	CLASSE	SEXE
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

Situation familiale : mariés vie maritale pacésés divorcés veuf(ve) célibataire

Adresse où la facturation sera envoyée :

Paiement par prélèvement automatique : Non Oui Si oui fournir un RIBL'enfant habite : au domicile de ses parents père mère garde alternée autre , précisez :

	PERE / MERE	PERE / MERE	AUTRE (famille d'accueil, tuteur...)
Nom			
Prénom			
Adresse Complète			
Tél domicile			
Tél portable			
Adresse mail			
RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS			
Employeur			
Profession			
Lieu de travail			
Tél travail fixe			
Tél portable pro			

► Toute modification d'adresse, de téléphone ou de situation familiale survenant durant l'année scolaire doit être obligatoirement signalée en mairie

Autorisation de la publication de l'image

Je soussigné (e).....
représentant légal du (des) mineur(s).....
 Autorise N'autorise pas les structures d'accueil à utiliser, dans le cadre pédagogique (publications, reportages) des photos de mon (mes) enfant (s) prises au cours des activités.

Fiche d'information sanitaire

Enfants	Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date du dernier rappel DT Polio
Allergies : Alimentaires* Médicamenteuses Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :
Contre-indication médicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :
Traitement médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :

** Dans le cas d'une allergie alimentaire, votre enfant doit obligatoirement faire l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) avant son accueil au restaurant scolaire. La demande doit être formulée auprès du directeur de l'école.*

Médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Choix des types de menus au restaurant scolaire :

Nom	Prénom	Menus
		Standard <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/>
		Standard <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/>
		Standard <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/>
		Standard <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/>

Autorisation parentale en cas d'accident :

Je soussigné (e).....

Agissant en qualité de Père – Mère – Tuteur légal (1)

Domicilié (e)

Autorise le personnel municipal en cas d'urgence :

- A faire transporter mon (es) enfant (s) à l'hôpital le plus proche,
- A lui (leur) faire donner tous soins nécessités par son (leur) état.

Parents et personnes majeures autorisés à être prévenus en cas d'urgence ou autorisés à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone	A prévenir*	Autorisé à venir chercher *

* Cocher les cases correspondantes

Nous soussignés.....

père(s), mère(s), tuteur(s) de l'enfant (1), certifions avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services périscolaires de la commune de Sevrey et y adhérons sans restriction.

(1) Rayer les mentions inutiles

A Sevrey, le

Signature des responsables légaux :

Père(s)

Mère(s)

Tuteur(s)