

LE DOSSIER DOIT ETRE DEPOSE COMPLET avant le 06 mai 2017



Cadre réservé à l'administration

Dépôt le :

N° dossier :

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION ACTIVITES PERI ET EXTRA SCOLAIRES
ENFANT DE PLUS DE 3 ANS**

Choix des activités :

Restauration

T.A.P (temps d'activité péri éducatif)

A.P.S (accueil périscolaire)

A.L.S.H (accueil de loisirs sans hébergement)

Enfant (s):

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Ecole :

Niveau :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Ecole :

Niveau :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Ecole :

Niveau :

Lieu de naissance :

Représentant légal :

Nom du représentant légal :

Tel. Personnel Fixe :

Tel. Portable :

Tel. Professionnel :

Adresse mail :@.....

Adresse :

Code postal :

Commune :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Nom du deuxième représentant légal :

Tel. Personnel Fixe :

Tel. Portable :

Tel. Professionnel :

Adresse mail :@.....

Adresse :

Code postal :

Commune :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Situation familiale : Mariés séparés veuf (ve) célibataire vie maritale pacs
Si séparation des parents, préciser si garde alternée : oui non
En cas de divorce fournir la copie du jugement lors de la première inscription

Renseignements médicaux : (photocopie du carnet de vaccination à jour à fournir)

Enfant 1	Nom :	Prénom :
Traitement particulier :		
Allergies ou problèmes médicaux :		
Régime alimentaire spécifique :		
Votre enfant porte-t-il des lunettes, un appareil dentaire etc.... ? :		
.....		
Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Enfant 2	Nom :	Prénom :
Traitement particulier :		
Allergies ou problèmes médicaux :		
Régime alimentaire spécifique :		
Votre enfant porte-t-il des lunettes, un appareil dentaire etc.... ? :		
.....		
Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Enfant 3	Nom :	Prénom :
Traitement particulier :		
Allergies ou problèmes médicaux :		
Régime alimentaire spécifique :		
Votre enfant porte-t-il des lunettes, un appareil dentaire etc.... ? :		
.....		
Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Renseignements complémentaires :

N° CAF, MSA ou régime général :
N° Sécurité sociale :
Assurance responsabilité civile accident corporel (fournir la photocopie) Nom, adresse et numéro de contrat de la compagnie :

Si le responsable payeur est différent des parents, précisez les : nom, prénom, adresse et téléphone :
.....
.....

Je m'engage à assumer les fonctions de payeur des prestations utilisées. Dans le cas de garde alternée, l'engagement du payeur vaut pour toute la scolarité de l'enfant sauf production d'un jugement modifiant la répartition des charges entre parents sur ce point précis.

Signature :

Inscriptions à l'année :

Attention, les annulations devront être gérées par vos soins sur le site dans les délais impartis sous peine d'être facturées.

RESTAURATION SCOLAIRE : possibilité de contrat de pré-réservation des repas à l'année.
Cette inscription est réservée aux enfants qui mangent tous les jours.

Souhaitez-vous adhérer au contrat de pré-réservation : **oui** **non**

ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN : possibilité de contrat de pré-réservation des APS matin à l'année.

Souhaitez-vous adhérer au contrat de pré-réservation : **oui** **non**

Lundi **Mardi** **Mercredi** **Jeudi** **vendredi**

ACCUEIL PERISCOLAIRE SOIR : possibilité de contrat de pré-réservation des APS soir à l'année.

Souhaitez-vous adhérer au contrat de pré-réservation : **oui** **non**

Lundi **Mardi** **Jeudi** **vendredi**

Autorisation parentale

Veillez cocher les autorisations que vous souhaitez donner

- Autorise le personnel de la structure, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon (mes) enfant (s) selon les prescriptions du corps médical consulté.
- Autorise l'hospitalisation de mon (mes) enfant (s).
- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (anesthésie, chirurgie,...).
- Autorise le personnel de la structure à prendre des photos de mon (mes) enfant (s). Ces photos seront destinées à un usage exclusivement interne dans l'établissement (album photos, exposition dans la structure,...).
- Autorise la publication des photos de mon (mes) enfant (s) sur le site Internet ou la page Facebook de la ville du Barp
- Autorise la publication des photos de mon (mes) enfant (s) sur le bulletin municipal de la ville du Barp
- Autorise mon (mes) enfant (s) à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.
- Autorise le transport de mon (mes) enfant (s) dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure.
- Autorise la commune du Barp à me transmettre des informations par mail ou sms.

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service jeunesse et scolaire de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale)

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur dont un exemplaire nous a été remis, et je m'engage à le respecter.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions à l'école et aux prestations scolaires et périscolaires par la ville du Barp et le Trésor Public. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Date :

Signature des parents :

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

NOM : Prénom :
Commune : Lien avec l'enfant :
Tél
.....

NOM : Prénom :
Commune : Lien avec l'enfant :
Tél
.....

NOM : Prénom :
Commune : Lien avec l'enfant :
Tél
.....

NOM : Prénom :
Commune : Lien avec l'enfant :
Tél
.....

NOM : Prénom :
Commune : Lien avec l'enfant :
Tél
.....

Autorisation de sortie

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
J'autorise mon enfant à partir seul : oui non àh

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
J'autorise mon enfant à partir seul : oui non àh

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
J'autorise mon enfant à partir seul : oui non àh

Date :

Signature des parents :