

## Fiche de renseignements

Choix concerné par le dossier d'inscription

Restauration scolaire     Accueil périscolaire     Activités TAP

Représentant légal 1 ou assistant familial légal

Nom d'usage:		Prénom:	
Nom de naissance:		Qualité (père,mère,..) :	
Adresse:			
Code postal :		Ville:	
Téléphone Fixe:	Téléphone Portable:	Téléphone Professionnel:	
* Courriel:			
	* Souhaitez-vous recevoir les informations de la commune : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> non		

Representant legal 2

Nom d'usage:		Prénom:	
Nom de naissance:		Qualité (père,mère,..) :	
Adresse:			
Code postal :		Ville:	
Téléphone Fixe:	Téléphone Portable:	Téléphone Professionnel:	
* Courriel:			
	* Souhaitez-vous recevoir les informations de la commune : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> non		

Régime

Allocation CAF (régime général)     Régime spécial (MSA ou Autre)     Sans régime

Nom et prénom de l'allocataire:     N° allocataire:

Situation Familiale:     Marié(e)     Couple     Célibataire     Veuf(ve)     Divorcé(e)     Pascé(e)

Enfants de la famille scolarisés à Brûlon

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe	Etablissement

Formulaire complété le

Signature(s) obligatoire(s) :

A compléter impérativement

**Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant**

5 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la mairie par téléphone en cas d'imprévu.

Personne 1:

Nom:  Prénom:

Téléphone fixe:  Téléphone portable:

Lien avec l'enfant:

Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre, précisez:

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom:  Nom:  Nom:

Prénom:  Prénom:  Prénom:

Personne 2:

Nom:  Prénom:

Téléphone fixe:  Téléphone portable:

Lien avec l'enfant:

Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre, précisez:

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom:  Nom:  Nom:

Prénom:  Prénom:  Prénom:

Personne 3:

Nom:  Prénom:

Téléphone fixe:  Téléphone portable:

Lien avec l'enfant:

Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre, précisez:

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom:  Nom:  Nom:

Prénom:  Prénom:  Prénom:

Personne 4:

Nom:  Prénom:

Téléphone fixe:  Téléphone portable:

Lien avec l'enfant:

Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre, précisez:

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom:  Nom:  Nom:

Prénom:  Prénom:  Prénom:

Personne 5:

Nom:  Prénom:

Téléphone fixe:  Téléphone portable:

Lien avec l'enfant:

Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre, précisez:

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom:  Nom:  Nom:

Prénom:  Prénom:  Prénom:

Fait à:

Le:

Signature(s):

### Autorisation de sortie

J'autorise mon (mes) enfant(s),

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à <input type="text"/> heures	<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à <input type="text"/> heures	<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à <input type="text"/> heures
Je soussigné( e ) <input type="text"/> assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.		
Fait à : <input type="text"/>	Le: <input type="text"/>	Signature: <input type="text"/>

### Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné( e )   
Représentant légal du ou des enfant(s) :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>

Autorise les écoles et la Mairie de Brûlon à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant (s) qui seraient prises dans le cadre des activités scolaires et périscolaires.

Celles-ci pourront être reproduites par les écoles, la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (internet, revues, supports municipaux ou autres support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Oui  non  Oui  Non  Oui  Non

Fait à :  Le:  Signature:

### Assurance

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Individuel accident	<input type="checkbox"/> Individuel accident	<input type="checkbox"/> Individuel accident
Compagnie d'assurance <input type="text"/>	Compagnie d'assurance <input type="text"/>	Compagnie d'assurance <input type="text"/>
N° de contrat <input type="text"/>	N° de contrat <input type="text"/>	N° de contrat <input type="text"/>
Fait à : <input type="text"/>	Le: <input type="text"/>	Signature: <input type="text"/>

### Attestation sur l'honneur

Je soussigné( e )

Représentant légal de l'enfant(s)

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>

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

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuvé son contenu et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. 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, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de BRÛLON, aux directeurs d'école, à l'inspecteur de l'éducation nationale de circonscription et au directeur académique des services de l'éducation nationale.

Fait à :  Le:  Signature(s) obligatoire(s) :

## Fiche d'inscription

### Inscription restaurant scolaire & pause méridienne

	De 12h00 à 13h45			
	L	Ma	J	V
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				

**Adhésion au prélèvement automatique:**       Oui       Non

Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devez compléter le mandat de prélèvement SEPA (document à demander en mairie).

### Inscription à l'accueil périscolaire (matin et soir)

A titre indicatif, merci de compléter ce tableau

	Lundi		Mardi		Mercredi	Jeudi		Vendredi	
	matin	soir	matin	soir	matin	matin	soir	matin	soir
Enfant 1									
Enfant 2									
Enfant 3									

### Inscription Temps d'accueil périscolaire (TAP)

	Primaire 13h30-14h30		
	L	J	V
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

	Maternelle 15h30-16h30		
	L	J	V
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

## Fiche sanitaire de liaison

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Nom: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Nom: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Prénom: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Prénom: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Prénom: <input style="width: 80%;" type="text"/>

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Allergies ou problèmes médicaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Allergies ou problèmes médicaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Allergies ou problèmes médicaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Régime alimentaire ou spécifique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Régime alimentaire ou spécifique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Régime alimentaire ou spécifique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Date du dernier vaccin antitétanique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date du dernier vaccin antitétanique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date du dernier vaccin antitétanique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
A-t-il un PAI (projet d'accueil individuel) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	A-t-il un PAI (projet d'accueil individuel) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	A-t-il un PAI (projet d'accueil individuel) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

### Recommandation utiles aux parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui précisez :	Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui précisez :	Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui précisez :

### Médecin de famille

Nom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Adresse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
-------	--	----------	--	------------	--

Fait à :

Le:

Signature(s) obligatoire: