

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 lesquels figurent mon (mes) enfant (s) qui seraient réalisé dans le cadre des activités scolaires et périscolaires.

Ceux-ci pourront être reproduits par les écoles, la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (internet, revues, supports municipaux ou autres supports 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 approuver 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 15h30-16h30 | | |
|----------|----------------------|---|---|
| | 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: 150px;" type="text"/> | Nom: <input style="width: 150px;" type="text"/> | Nom: <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| Prénom: <input style="width: 150px;" type="text"/> | Prénom: <input style="width: 150px;" type="text"/> | Prénom: <input style="width: 150px;" 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: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" 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: 150px;" type="text"/> | Adresse: <input style="width: 150px;" type="text"/> | Téléphone: <input style="width: 150px;" type="text"/> |
|--|---|---|

Fait à :

Le:

Signature(s) obligatoire: