**Situation de famille DOSSIER ENFANCE/JEUNESSE**

**photo**

**Situation de famille\* : Obligatoire pour toutes inscriptions**

**Personne exerçant l’autorité parentale\*\* : pour l’accueil de votre enfantlors des garderies du matin,**

**\*célibataire-Marié (e)-Pacsé (e)-Divorcé (e)-Vie maritale-Séparé- Parent isolé (e)-veuf (veuve) du soir, et de l’accueil du mercredi. Année scolaire 2018-2019**

**\*\*Dans le cas ou seul un des parents exercerait l’autorité parentale ou dans le cas d’une**

**Limitation du droit de garde décidée par le juge, c’est au parent qui a la garde pleine et entière**

**De prendre ses dispositions pour faire connaître au centre cette décision de justice. Merci. Validation des services de la mairie : (dossier Complet)🞎**

**🞎 Mon Père et/ou 🞎Ma Mère**

**Ma Mère : MOI : Nom et Prénom :……………………………………………………………………………….**

**Coordonnées de l’employeur : Date de Naissance :…………………………………………………………………………………….**

**Nom/adresse/téléphone : Lieu de Naissance :……………………………………………………………………………………..**

 **Classe et commune de l’école :…………………………………………………………………..**

**Mon Père :**

**Coordonnées de l’employeur :**

**Nom/adresse/téléphone : Ma Mère : Nom/Prénom…………………………………………………………………………….**

 **TEL Fixe/Portable :……………………………………………………………………………………..**

 **TEL Travail/Urgences :………………………………………………………………………………..**

**Afin que votre inscription soit prise en compte, merci de nous retourner le présent Adresse mail :……………………………………………………………………………………………..**

**Dossier accompagné des pièces obligatoires suivantes : Adresse postale :………………………………………………………………………………………..**

**• Une photo Mon Père : Nom/Prénom……………………………………………………………………………**

**• Une attestation d’assurance extrascolaire, TEL Fixe/Portable :………………………………………………………………………………………**

**• Une photocopie du carnet de vaccinations à jour, TEL Travail/Urgences :………………………………………………………………………………..**

**• L’inscription implique l’acceptation du règlement. Adresse mail :……………………………………………………………………………………………..**

 **Adresse postale :…………………………………………………………………………………………**

**DATE Signature (s) du ou des représentants légaux.**

**Personnes autorisées à venir me chercher et autres autorisations parentales Renseignements médicaux, indications alimentaires et autres**

 **autorisations parentales**

**Indiquer les noms et coordonnées téléphoniques des personnes majeures Indiquer tous les renseignements médicaux que vous jugez utiles**

**Autorisées à venir chercher votre enfant. de nous faire connaître : maladies, interventions chirurgicales,**

**Dans le cas d’une personne mineure une décharge de responsabilité est allergies, port de lunettes, régimes alimentaires, autres**

**à établir sur papier libre par le représentant légal. Indications alimentaires.**

**Nom/Prénom :**

**Lien de Parenté :**

**N° de Téléphone :**

**Nom/Prénom :**

**Lien de Parenté :**

**N° de Téléphone :**

 **Groupe Sanguin § Rh :🞎**

 **Régime sans porc :🞎**

**Nom/Prénom :**

**Lien de Parenté :**

**N° de téléphone :**

 **Médecin Traitant :**

 **Nom :**

 **Téléphone :**

**Je soussigné (e),…………………………………………………………………………..**

**•autorise mon enfant……………………………………….……….à participer**

**A toutes les activités (piscine, sorties hors commune, etc..) avec les moyens J’autorise, en cas de problème médical que mon enfant soit prisen chargepar**

**Appropriés telque car, bus, marche à pied. Les services du SAMU et/ou des pompiers pour le transport en urgence à**

**•autorise que mon enfant soit photographié(e) seul (e)ou en groupe 🞎 l’hôpital le plus proche.**

 **Signature (s) Signature (s)**