Situation de famille

Situation de famille* :

Personne exerçant l'autorité parentale :**

***célibataire-Marié (e)-Pacsé (e)-Divorcé (e)-Vie maritale-Séparé- Parent isolé (e)-veuf (veuve)**

****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.**

☐ **Mon Père** **et/ou** ☐**Ma Mère**

Ma Mère :
Coordonnées de l'employeur :
Nom/adresse/téléphone :

Mon Père :
Coordonnées de l'employeur :
Nom/adresse/téléphone :

Afin que votre inscription soit prise en compte, merci de nous retourner le présent Dossier accompagné des pièces obligatoires suivantes :

- **le dernier avis d'imposition,**
- **Un rib et le mandat de prélèvement SEPA,**
- **Une photo,**
- **Une attestation d'assurance extrascolaire,**
- **Une photocopie du carnet de vaccinations à jour,**
- **L'inscription implique l'acceptation du règlement.**

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

DOSSIER ENFANCE/JEUNESSE

photo

Obligatoire pour toutes inscriptions
pour l'accueil de votre enfant lors des garderies du matin,
du soir, et de l'accueil du mercredi. Année scolaire 2026/2027

ACCUEIL GARDERIE MATIN ☐ **ACCUEIL GARDERIE SOIR** ☐
ACCUEIL DU MERCREDI INSCRIPTION ☐

Validation des services de la mairie : (dossier Complet) ☐

N° Allocataire CAF……

MOI : Nom et Prénom :……
Date de Naissance :……
Lieu de Naissance :……
Classe et commune de l'école :……

Ma Mère : Nom/Prénom……Née le……
TEL Fixe/Portable :……
TEL Travail/Urgences :……
Adresse mail :……
Adresse postale :……

Mon Père : Nom/Prénom……Né le……
TEL Fixe/Portable :……
TEL Travail/Urgences :……
Adresse mail :……
Adresse postale :……

• Loi RGPD « Les informations contenues dans les présents documents sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion du suivi du service périscolaire de votre (vos) enfant(s). Les échanges des informations ne pourront être faits qu'entre les services concernés : mairie, périscolaire. » Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne pourra pas excéder 2 ans.

Renseignements relatifs à la facturation et au paiement :

Facturation : les factures seront envoyées sur le portail famille
Paiement par PRELEVEMENT AUTOMATIQUE avant le 15 du mois suivant*

***Fournir un RIB et signer le mandat de prélèvement SEPA**

Personnes autorisées à venir me chercher et autres autorisations parentales

Indiquer les noms et coordonnées téléphoniques des personnes majeures Autorisées à venir chercher votre enfant.
Dans le cas d'une personne mineure une décharge de responsabilité est à établir sur papier libre par le représentant légal.

Nom/Prénom :

Lien de Parenté :

N° de Téléphone :

Nom/Prénom :

Lien de Parenté :

N° de Téléphone :

Nom/Prénom :

Lien de Parenté :

N° de téléphone :

Je soussigné (e),…….
•autorise mon enfant……..à participer A toutes les activités (piscine, sorties hors commune, etc..) avec les moyens appropriés tel que car, bus, marche à pied.
•autorise que mon enfant soit photographié(e) seul (e)ou en groupe ☐
Signature (s)

Renseignements médicaux, indications alimentaires et autres autorisations parentales

Indiquer tous les renseignements médicaux que vous jugez utiles de nous faire connaître : maladies, interventions chirurgicales, allergies, port de lunettes, régimes alimentaires, autres Indications alimentaires.

Groupe Sanguin § Rh : ☐
Régime sans porc : ☐

Nom et téléphone du Médecin Traitant : ……
……

J'autorise, en cas de problème médical que mon enfant soit pris en charge par Les services du SAMU et/ou des pompiers pour le transport en urgence à l'hôpital le plus proche.
Signature(s)