



FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

PÉRISCOLAIRE – RESTAURATION

Merci au(x) responsable(s) légal(aux) de compléter lisiblement ce document

Documents à fournir : justificatif de domicile de moins de 3 mois, justificatif du quotient familial CAF ou MSA, copie de la page de vaccination DT Polio, attestation d'assurance

Nom de l'enfant :

Né(e) le : _____ à : _____

Classe :

Sexe : F M

Nom et prénom du représentant légal :

Qualité (père-mère,...) :

Situation familiale :

Garde alternée : Oui / Non*

Adresse :

Code postal, Ville :

Tel portable/fixe :

Courriel :

Accepte l'envoi de mail : Oui / Non*

Nom et prénom du représentant légal :

Qualité (père-mère,...) :

Situation familiale :

Garde alternée : Oui / Non*

Adresse :

Code postal, Ville :

Tel portable/fixe :

Courriel :

Accepte l'envoi de mail : Oui / Non*

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

Régime : allocataire CAF / allocataire MSA *

N° allocataire :

QF (à la date d'inscription) :

Autorisation CAF : Oui / Non*

Autorisations du responsable de l'enfant

1- Urgence médicale : Nous, parents/responsable légal, autorisons la commune de saillans à présenter notre enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence, et si nécessaire, sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. : Oui / Non *

2- Autorisation de rentrer seul : Nous autorisons l'enfant à rentrer seul après les activités encadrées par la Mairie de Saillans : Oui / Non *

3- Droit à l'image : Nous autorisons la Mairie de Saillans à utiliser l'image de notre enfant (photographies, films) dans le cadre de sa communication. : Oui / Non *

Personnes **majeures** autorisées à venir chercher l'enfant (Nom, prénom, lien de parenté & tél.):

-Nom, prénom, lien, tél :

-Nom, prénom, lien, tél :

-Nom, prénom, lien, tél :

Renseignements médicaux

Vaccins : dates du dernier vaccin DT POLIO :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ? Si oui, précisez :

Allergies médicamenteuses : Oui / Non *

Allergie alimentaire : si oui, spécifier

Régime alimentaire : si oui, spécifier

A-t-il un PAI (Projet d'accueil Individualisé) ? Oui / Non *

Si Oui, merci de nous le communiquer.

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Je, soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).

(* rayer la mention inutile)

Lu et Approuvé, le/...../20....

Signature du responsable légal