

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

NOM - Prénom	Adresse	Téléphone
.....

INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE :

- **Annuelle** Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 - **Occasionnelle**

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PRIMAIRE :

- **Accueil annuel** (précisez dans le tableau ci-dessous)
 - **Accueil Occasionnel**

Matin 7 h 20 à 8 h 20				Midi Jusqu'à 12h15				Soir 1 De la sortie des classes à 18h00				Soir 2 18h00 à 18h30			
L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSCRIPTION A L'ACCUEIL MATERNEL :

- **Accueil annuel** (précisez dans le tableau ci-dessous)

Matin 7 h 20 à 8 h 20				Midi Jusqu'à 12h15				Soir 1 De la sortie des classes à 18h00				Soir 2 18h00 à 18h30			
L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ac-
cueil**

ENVOI DES FACTURES PAR COURRIER ELECTRONIQUE : Oui Non

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant atteste avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler toute modification.

Fait à _____, le / / _____ Signature du responsable légal,



Inscriptions Maternelles & Primaires

Année Scolaire 2018-2019

NOM DE L'ENFANT : _____

Prénom : _____

- Fille Garçon

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Ecole fréquentée (en 2018-2019) :

Classe :

<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
NOM	NOM marital
Prénom	NOM de jeune fille
Adresse	Prénom
.....	Adresse
.....
N° domicile	N° domicile
N° portable	N° portable
Mail@.....	Mail@.....
N° travail	N° travail
Nom et adresse employeur :	Nom et adresse employeur :
.....

En cas de divorce ou de litiges familiaux :

- Allocataire CAF (régime général) MSA Autre Régime

N° Allocataire CAF :

En cas de changement de situation entraînant une modification de votre quotient familial,

TUTEUR – A compléter si l'enfant réside chez un tiers

Autorité parentale : OUI NON

NOM Prénom

Adresse

N° domicile N° portable N° travail

Mail.....@..... Profession

Nom et Adresse employeur

PERSONNE(s) AUTORISEE(s) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
.....
.....
.....
.....

VOTRE ENFANT MANGE-T'IL DU PORC ?

OUI NON

VOTRE ENFANT FAIT-IL L'OBJET D'UN P.A.I. ?

OUI NON

**INFORMATION SUR LES CONTRAINTES ALIMENTAIRES
OU PRISE EN CHARGE DE MALADIES CHRONIQUES**

Afin de permettre l'accueil d'enfants souffrant d'allergies alimentaires ou de troubles de santé dans les restaurants scolaires, un Projet d'Accueil Individualisé doit être signé. Conformément à la législation en vigueur, il s'agit d'un protocole d'accord passé entre la famille et les différents partenaires (*Education Nationale, Commune, médecin scolaire, médecin allergologue, directeur de l'école maternelle ou élémentaire, responsable du centre de loisirs*) et qui veille à respecter l'équilibre alimentaire de l'enfant et prévenir les allergies. Les familles, dont l'enfant fait l'objet d'un P.A.I. déclaré, sont chargées de le signaler lors de l'inscription au centre social, un rendez vous sera fixé avec la personne responsable du personnel d'encadrement de l'école. Les modalités d'accueil des enfants concernés par un PAI seront adaptées aux cas par cas.

Le P.A.I. n'est valable qu'une année scolaire. Merci de penser à le renou-

Autorisations Diverses

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant

Déclare :

1° autoriser à prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé ou la sécurité de mon enfant

2° autoriser à faire transporter mon enfant à l'hôpital de Nevers en cas d'urgence. Dans le cas contraire, précisez l'établissement souhaité :

3° autoriser à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence,

4° autoriser gracieusement à :

- photographier et filmer mon enfant oui non
- reproduire les clichés :
 - pour une exposition des services périscolaires oui non
 - pour une exposition municipale oui non
- publier les photos dans des publications municipales oui non
- publier les photos sur le site Internet de la Ville oui non
- publier les vidéos sur le site Internet de la Ville oui non

5° autoriser à :

- utiliser les moyens de transport en commun mis en place par la structure pour se rendre, si nécessaire, sur les différents lieux d'activités oui non
- participer à toutes les activités culturelles et sportives ainsi qu'aux diverses sorties proposées par les animateurs de l'accueil de loisirs périscolaire oui non

6° déclare :

- être titulaire d'une assurance scolaire et extrascolaire garantissant la responsabilité civile et individuelle contre les accidents.

- avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des services municipaux.

Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'accueil de loisirs périscolaire primaire ainsi que ceux dédiés aux garderies.

M'engage à reprendre mon enfant si son comportement est incompatible avec le règlement applicable en collectivité, ou si son état nécessite son retour.

Fait à _____, le _____

Signature :

**Si vous avez à signaler des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant
Contactez le responsable de la structure d'accueil**