

**COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

NOM - Prénom	Adresse	Téléphone
.....	.....	.....

**INSCRIPTION À LA RESTAURATION SCOLAIRE :**

- **Annuelle** Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

- **Occasionnelle**

**INSCRIPTION À L'ACCUEIL MATERNEL  ELEMENTAIRE  :**

- **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"/>

**L'ACCUEIL « PLAN MERCREDI » au BOURG de VARENNES :**

Un accueil est organisé les mercredis en période scolaire pour les enfants scolarisés de 3 à 11 ans. Celui-ci est proposé en **demi-journée matin / après-midi ou en journée entière avec repas**. Les inscriptions seront effectuées au centre social au plus tard le vendredi pour le mercredi suivant. Pour plus de renseignements, contacter directement le **Centre Social Municipal au 03.86.71.85.44**.

**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 toutes modifications.

Fait à \_\_\_\_\_, le / / \_\_\_\_\_ Signature du responsable légal,



# Inscriptions Maternelles & Élémentaires

## Année scolaire 2022-2023

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée à la rentrée scolaire : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

PERE	MERE
<u>Situation familiale</u> : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> ve	maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf (ve)
<u>Autorité parentale</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>Autorité parentale</u> : <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 :**

Quel parent a la charge de l'enfant\* ?  père  mère

\* Joindre impérativement une copie du jugement statuant sur la garde de l'enfant

Allocataire CAF (régime général)  MSA  Autre Régime

N° Allocataire CAF :

En cas de changement de situation entraînant une modification de votre quotient familial, merci de nous le signaler le plus rapidement possible.

**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) À VENIR CHERCHER L'ENFANT**

(en cas d'absence des parents, obligation de personne majeure)

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

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?**

OUI : précisez.....  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 le responsable du personnel d'encadrement de la structure. Un rendez-vous doit également être pris avec le Directeur 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 civile (date de signature). Merci de penser à le renouveler.

**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 périscolaires  oui  non

6° - être titulaire d'une assurance scolaire et extrascolaire garantissant la responsabilité civile et individuelle contre les accidents.

oui  non

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

oui  non

7° autoriser le Centre Social Municipal à utiliser mes données personnelles à d'autres finalités telles que des informations diverses, activités, animations, sorties, spectacles, conférences...

oui  non

**Décharge** les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'accueil périscolaire élémentaire ou des garderies maternelles.

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

Fait à

Signature :

Le :

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