


**PERISCOLAIRE RESTAURATION EXTRASCOLAIRE**

Une fois complétée, cette fiche d'inscription est à remettre au service Enfance-Jeunesse de la mairie. Un code d'identification vous sera adressé pour accéder **au portail famille**.

C'est à partir de ce portail que vous ferez les inscriptions pour les services de la mairie : garderie, restauration, mercredi et vacances.

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	 * A fournir si manquant
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Numéro :	
RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER

### Nouveaux contacts

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
<b>Partir seul :</b> Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo :</b> Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation :</b> Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
<b>Handicapé :</b> Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON



## ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

Responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la collectivité,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la collectivité, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire,
- autorise la collectivité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- j'autorise également, si nécessaire, la collectivité à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement