



Suivi par :

Date :

DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE
Année scolaire : 2022-2023

A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 1^{er} AOUT 2022

NOM de l'enfant :

Prénom :

Fiche de renseignements : (à remplir et à signer)

Justificatif de domicile (daté de - de 3 mois)

Photocopie du Carnet de santé (vaccins à jour)

Attestation d'assurance scolaire et extrascolaire 2022 / 2023

Autorisation prélèvement automatique : Restauration scolaire - Périscolaire - Mercredis récréatifs – Accueil de Loisirs : ANNEXE n° 1 (à remplir et à signer)

Quotient familial :

Attestation des droits CAF (du mois en cours)

Sinon :

Avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n – 1 (pour déterminer le quotient familial CAF)

ou

Autorisation CAFPRO : **ANNEXE n° 2** (à remplir et à signer)

Relevé d'Identité Bancaire ou Postale (récent)

Le justification CAF : Aide aux Vacances 2022/2023 (pour déduction financière pour les Accueils de Loisirs)

ATTENTION : tout dossier incomplet ne sera pas traité



SERVICE PERISCOLAIRE – EXTRA-SCOLAIRE – ACM

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – Année 2022/2023

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Ecole :	
Classe :	

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	
Assureur :	
Numéro de police d'assurance :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
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 :
Type: Père/ Mère/ Autre (Précisez)	Type: Père/ Mère/ Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro :	Tél. Pro :
N° CAF	N° CAF
Quotient familial :	Quotient familial :

PERSONNES A CONTACTER

Contact - 1		Contact - 2	
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 - 3		Contact - 4	
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 MEDICALES

Médecin	Téléphone	Spécialité

A - allergies	OUI / NON
Lesquelles :	

Pratiques alimentaires	
Avec viande	
Sans viande	

B - Traitement médical	OUI / NON	
-------------------------------	-----------	--

***si oui à l'une des questions A et/ou B :**
il est impératif de compléter un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I), disponible en MAIRIE

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : 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
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure	OUI / NON
Hospitalisation : 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
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
Activités autorisées	Réponse
Cuisine : Préparations culinaires, manipulations d'ingrédients	OUI / NON
Piscine	OUI / NON

PORTAIL FAMILLE

Le portail famille est un outil internet accessible 24 heures /24 et 7 jours /7, vous permettant de gérer en autonomie les demandes de réservations et d'annulations des services périscolaires (cf. le règlement intérieur).

Je souhaite utiliser le portail famille :

OUI

1^{ère} demande de code d'abonné famille

NON

Dès validation de votre dossier d'inscription, votre code abonné famille vous sera transmis sur votre adresse mail accompagnée du guide utilisateur PORTAIL FAMILLE.

Les familles qui utilisaient ce service l'année précédente conservent les mêmes identifiants de connexion.

FACTURATION

Je souhaite effectuer le règlement de mes factures selon le mode ci-après (détaillé dans le règlement intérieur) :

Paiement en ligne via : www.tipi.budget.gouv.fr

Prélèvement : [mandat de prélèvement SEPA](#) à compléter et à signer : ANNEXE n° 2

Chèque à établir à l'ordre de : [Régie cantine scolaire saulxures](#)

Espèces : [à encaisser auprès du service accueil MAIRIE](#)

INSCRIPTION PERISCOLAIRE

SI VOUS SOUHAITEZ UNE INSCRIPTION PERMANENTE aux services périscolaires ci-dessous :
mettre une croix sur les jours de la semaine

PERISCOLAIRE		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
ACCUEIL PERISCOLAIRE	7h30 – 8h20				
RESTAURATION SCOLAIRE	11h30 – 13h30				
ACCUEIL PERISCOLAIRE	16h30 – 17h30				
ACCUEIL PERISCOLAIRE	17h30 – 18h30				

MERCREDI RECREATIF

JOURNEE	7h30 – 18h00	AVEC REPAS	
MATIN	7h30 – 12h00	SANS REPAS	
APRES MIDI	13h30 – 18h00	SANS REPAS	

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- 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 structure, 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.

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

*A remplir obligatoirement