|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ENFANT | Nom | |  | | | Prénom |  | | | |
| Date  de naissance | |  | Lieu  de naissance |  | | | | Sexe | ❑ Féminin  ❑ Masculin |
| Ecole actuelle |  | | | | | | Classe | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **RESPONSABLES LEGAUX** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Situation familiale ❑ Marié(e) ❑ Séparé(e) / Divorcé(e) ❑ Vie maritale ❑ Veuf(ve) ❑ PaCsé(e) ❑ Célibataire | | | | | | | |
|  | **Père** | | | **Mère** | | | **Autre, précisez :** |
| Nom |  | | |  | | |  |
| Prénom |  | | |  | | |  |
| Adresse |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| Code postal  Ville |  | | |  | | |  |
| E-mail |  | | |  | | |  |
| Tel. Domicile |  | | |  | | |  |
| Tel. Pro |  | | |  | | |  |
| Tel. Portable |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| Profession |  | | |  | | |  |
| Nom employeur |  | | |  | | |  |
| Adresse |  | | |  | | |  |
| Code postal  Ville |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| CAF (précisez le département) |  | N° alloc.  CAF |  | Quotient familial |  | Régime | ❑ Général ❑ MSA  ❑ Autre, précisez : |

Qui détient l’autorité parentale ?❑ Père ❑ Mère ❑ Autre, précisez :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASSURANCE** | | | | | | | |
| N° de contrat |  | | | Validité | du au | | |
| Nom assureur |  | | | | | Adresse |  |
| Code postal |  | Ville |  | | | | |
| **MUTUELLE** | | | | | | | |
| N° de contrat |  | | | Validité | du au | | |
| Nom mutuelle |  | | | | | Adresse |  |
| Code postal |  | Ville |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN TRAITANT** | | | | | |
| Nom - Prénom |  | | | Téléphone |  |
| Adresse |  | | | | |
| Code postal |  | Ville |  | | |

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D’INSCRIPTION**

**ET A TRANSMETTRE AU PLUS TARD POUR L’ADMISSION**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Date de réception des pièces |
| * Dossier d’inscription |  |
| * 1 photo d’identité |  |
| * Fiche sanitaire de liaison |  |
| * Photocopie du carnet de santé de l’enfant (vaccins) |  |
| * Justificatif de domicile |  |
| * Photocopie de votre(vos) « Avis d’impôt sur le revenu » (page(s) où figure(nt) le(les) salaire(s) avant déductions |  |
| * Attestation de prestation de paiement de la CAF (quotient familial) * Fiche droit annuel à l’image * Autorisation prélèvement automatique + R.I.B. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cadre réservé au service | | |
|  | | |
| Admis à compter du |  |  |
| * Cotisation – par structure – réglée par la famille lors de la première facturation | | |
| **Observations** | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT (une personne au minimum obligatoire)** | | | | |
| Autorisation  (à cocher impérativement) | Nom | Prénom | Qualité | Téléphone |
| ❑ Autorisé(e) à venir chercher l’enfant  ❑ A prévenir en cas d’accident |  |  |  |  |
| ❑ Autorisé(e) à venir chercher l’enfant  ❑ A prévenir en cas d’accident |  |  |  |  |
| ❑ Autorisé(e) à venir chercher l’enfant  ❑ A prévenir en cas d’accident |  |  |  |  |

**En dehors des personnes autorisées à venir chercher l’(les) enfant(s) à titre exceptionnel, le(s) parent(s) doit(vent) fournir une autorisation datée et signée, mentionnant l’identité de l’adulte autorisé à venir chercher l’(les) enfant(s). Ce dernier devra présenter une pièce d’identité lors de sa venue à l’ACM.**

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS** |
| Je soussigné(e) (prénom-nom) ……………………………………………..……………………………………………………… : |
| ❑ Autorise ❑ N’autorise pas Le responsable de l'établissement à faire appel à un médecin, en cas d'indisponibilité de notre médecin traitant, si l'état de notre enfant le justifie. | |
| ❑ Autorise ❑ N’autorise pas Toute intervention chirurgicale, traitement médical d'urgence, ou anesthésie sur la personne de notre enfant, si la gravité de son état le justifie. | |
| ❑ Autorise ❑ N’autorise pas La sortie de l’enfant à l’extérieur de la structure dans le cadre d’activités et accepter le mode de transport choisi par l’établissement. | |
| ❑ Autorise ❑ N’autorise pas Mon enfant à rentrer seul du service périscolaire | |
| ❑ Autorise ❑ N’autorise pas A photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre de ses activités d'accueil et d'animation, et à utiliser son image à des fins de communication interne et externe.  ❑ Autorise ❑ N’autorise pas Le service périscolaire à utiliser les données informatiques de la CAF par l’intermédiaire du logiciel CAFPRO conforme à la loi du 6 janvier 1978, relative à l’informatique, aux fichiers et aux fichiers. | |

|  |
| --- |
| Nous attestons sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus, et nous engageons à signaler tout changement significatif dans notre situation (notamment adresse, n° de téléphone, profession...).  Nous attestons notre engagement quant au respect des modalités d’inscriptions, au fonctionnement du service et au règlement des factures à réception. |

Date : …………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature père |  | Signature mère |  | Signature autre responsable légal  (Précisez les nom et prénom) |