

ENFANT

Nom Prénom

Date de naissance Lieu de naissance Sexe Féminin Masculin

Ecole actuelle Classe

Photo d'identité
de l'enfant

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale Marié(e) Séparé(e) / Divorcé(e) Vie maritale Veuf(ve) PaCsé(e) Célibataire

Père

Mère

Autre, précisez :

	Père	Mère	Autre, précisez :
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Pro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom employeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAF (précisez le département)	<input type="text"/>	N° alloc. CAF <input type="text"/>	Quotient familial <input type="text"/>
			Régime <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

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

ASSURANCE

N° de contrat	<input type="text"/>	Validité	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
Nom assureur	<input type="text"/>		Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>			

MUTUELLE

N° de contrat	<input type="text"/>	Validité	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
Nom mutuelle	<input type="text"/>		Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>			

MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom	<input type="text"/>		Téléphone	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>					
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>			

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION
ET A TRANSMETTRE AU PLUS TARD POUR L'ADMISSION**

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

Cadre réservé au service

Admis à compter du
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A prévenir en cas d'accident				
<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A prévenir en cas d'accident				
<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> 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)