

**Dossier complet** A nous retourner avant le 30 JUIN 2022

Si le dossier n'est pas complet l'inscription sera prise en compte à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022

- La fiche 1 dûment complétée et signée pour les nouveaux inscrits ou si changement
- La fiche 2 en complétant et signant le justificatif dans le cas où vous n'auriez aucun changement sur la fiche 1, l'accusé réception de LA CHARTE DE VIE PERISCOLAIRE et la « Prise en charge » des enfants de – de 6ans en cas de besoin
- L'attestation d'assurance responsabilité civile / scolaire et extra-scolaire pour l'année scolaire concernée par le dossier
- PAI : Projet d'Accueil Personnalisé (si existant)

| Nom(s) de(s) enfant(s) | Date de naissance | classe | Cantine                  | Garderie                 |
|------------------------|-------------------|--------|--------------------------|--------------------------|
|                        |                   |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        |                   |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                        |                   |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indiquez le circuit utilisé pour le transport scolaire  Bus du haut  Bus du bas  Bus des Ratelières  
 Autorisez-vous la prise de photo ?  Oui  Non  
 Inscriptions : Si besoin, précisez :  Sans viande  PAI

Célibataire  Mariés  Pacsés  Vit en couple  Séparés/ Divorcés (joindre la copie pour la garde)

|   | Responsable 1            | Responsable 2            |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Nom / Prénom  |                          |                          |
| Adresse   |                          |                          |
| Email   |                          |                          |
| N° Domicile   |                          |                          |
| N° Portable   |                          |                          |
| N° Travail ligne direct et/ou si non joignable sur le portable          |                          |                          |
| Quelle personne à l'autorité parentale ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quelle personne doit-on envoyer la facturation en cas de séparation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médecin traitant : Nom – Prénom – adresse                               | Téléphone                |                          |
|   |                          |                          |
| Vaccination   | Date dernier rappel      |                          |
| Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP)                                |                          |                          |

Autorisation d'intervention chirurgicale :  
 Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre/nos enfant(s) .....au cas où, ils auraient à subir une intervention chirurgicale.

• En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche.

• Une tierce personne à contacter en cas d'urgence et d'absence des parents : nom, prénom, téléphone:

.....

• Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie

.....

A .....

Le.....

Signature des parents ou représentant légal



**Aucun changement sur la fiche de renseignement**

Noms et prénoms des parents :

.....

**CERTIFIONS N'AVOIR AUCUN CHANGEMENT SUR LA FICHE DE RENSEIGNEMENT DU PERISCOLAIRE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2022-2023 ET S'ENGAGE A SIGNALER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE:**

A ..... Le..... **Signature des parents ou représentant légal**

**Accusé réception de la « Charte de Vie Collective Périscolaire »**

Noms et prénoms des parents :

.....

**CERTIFIONS AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LES DISPOSITIONS DE LA CHARTE DE VIE COLLECTIVE PERISCOLAIRE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2022-2023 POUR NOS ENFANTS :**

Noms et prénoms des enfants :

.....

A ..... Le..... **Signature des parents ou représentant légal**

**Prise en charge des enfants de - de 6 ans**

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE MES ENFANTS  
A LA SORTIE DES SERVICES PERISCOLAIRES**

**Indiquez pour chacun d'eux, sa qualité :** frère majeur, sœur majeure, voisin, assistante maternelle, grand-mère,..., et son numéro de téléphone.

**5 personnes maximum** : Merci de remplir lisiblement et par ordre de priorité d'appel.

| Qualité | Nom / prénom | N° portable | N° domicile |
|---------|--------------|-------------|-------------|
|         |              |             |             |
|         |              |             |             |
|         |              |             |             |
|         |              |             |             |
|         |              |             |             |

Je m'engage à informer **par écrit** la mairie de toute modification éventuelle des personnes inscrites sur cette liste en cours d'année.

A ..... Le..... **Signature des parents ou représentant légal**