

## INSCRIPTION

**PERISCOLAIRE**     **EXTRASCOLAIRE**

### INSCRIPTIONS de ou des enfants d'une même famille

1 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

2 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

3 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

#### **Fonctionnement:**

- ◆ **Périodes:** l'accueil périscolaire fonctionne durant les jours de classe et les mercredis. Des accueils de loisirs sont également proposés pendant les vacances scolaires (sauf Noël et août).
- ◆ **Horaires:** Les parents veilleront à respecter les horaires d'ouverture et de fermeture de la structure: les jours de classe de 7h30 à 8h40 le matin, de 11h40 à 13h20 le midi et de 16h20 à 18h30 le soir et les mercredis de 7h30 à 18h30.
- ◆ **Règle de fonctionnement:**

### **Les enfants doivent être équipés dès le début de l'année scolaire d'une boîte de mouchoirs. Merci d'avance**

Les enfants malades (fièvre, grippe, varicelle...) ne pourront être admis au centre périscolaire. L'équipe d'animation ne pourra administrer des médicaments aux enfants que si le traitement est accompagné d'une ordonnance du médecin.

Les parents s'engagent à prévenir le centre pour toute absence de l'enfant (tel:06.31.46.82.89 ou par mail periscolaire.saulx@cctv70.fr).

Les repas non décommandés 24H à l'avance seront facturés. (la veille avant midi)

Nous pourrions décommander le repas avec présentation d'un certificat médical.

**Cette fiche est à retourner au Centre Périscolaire de SAULX**

**MERCI**

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS DE LA FAMILLE

## Représentant légal 1 ou assistant familial ou tuteur légal

Nom et prénom : ..... Qualité (père, mère, ...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre dans la journée :

Travail : ..... Portable : .....

## Représentant légal 2

Nom et prénom : ..... Qualité (père, mère, ...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Numéros de téléphone où vous peut vous joindre dans la journée :

Travail : ..... Portable : .....

## Régime

Allocataire CAF (régime général)  Régime Spécial (MSA ou Autre)

Nom et prénom de l'allocataire : .....

N° allocataire : .....

Bénéficiez-vous de « l'Aide aux Temps Libres » attribuée par la CAF :  Oui  Non

Si oui, précisez le montant qui doit être déduit de votre participation, uniquement pour les vacances  
joindre obligatoirement copie des Bons Caf : .....

## Assurance

L'enfant inscrit doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom de la Compagnie d'Assurance : .....

N° de contrat : .....  Responsabilité civile  Individuelle accident

## SITUATION PARENTALE

Merci de préciser votre situation :

Marié(e)     Divorcé(e)     Union libre     Célibataire     Veuf/ Veuve

Parents séparés, qui a la charge de l'enfant ? .....

L'autre parent est-il autorisé à voir l'enfant ? .....

Est-il autorisé à le prendre à la sortie ? .....

(Merci de nous fournir un document officiel en cas d'interdiction d'un des parents de prendre en charge l'enfant)

Adresse de facturation :     Père     Mère     Autre (nom et adresse) .....

PERSONNES A CONTACTER en Cas d'Urgence (autres que les parents) :

Nom et adresse	Téléphone fixe/portable	Lien

### AUTORISATION

Personnes autorisées à prendre en charge mon enfant à la fin de journée (autres que les parents), 4 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable :

Nom et adresse	Téléphone fixe/portable	Lien

# AUTORISATIONS ET DECHARGES

## Autorisations diverses :

J'autorise le Centre :

- à consulter CDAP afin d'obtenir mon quotient familial :  OUI  NON

- à filmer et photographier mon enfant lors des activités pédagogiques et éventuellement laisser paraître l'image dans la presse:  OUI  NON

## Décharge :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du Centre de Loisirs,

je soussigné, ....., responsable de l'enfant ou des enfants ci-dessous :

Nom et Prénom de ou des enfant(s) .....

**AUTORISE** mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, sur le centre ou à l'extérieur y compris en déplacement en bus ou à pied.

**AUTORISE** les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

**AUTORISE** l'animatrice à intervenir comme elle le ferait pour son propre enfant et prévenir si elle le juge utile votre médecin ou le médecin le plus proche pour une intervention rapide.

**CERTIFIE** que mon enfant est bien couvert par une assurance responsabilité civile (pour les activités extrascolaires).

**CERTIFIE** que mon enfant est en capacité d'exercer toute activité physique et sportive qui pourrait être proposée dans le cadre des activités (dans le cas contraire, vous devez impérativement fournir un certificat médical de contre indications d'une pratique physique et sportive).

**CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**DECHARGE** les organisateurs de toutes responsabilités pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre.

Fait à ....., le .....

Signature

Faire précéder la signature de mention manuscrite

«Lu et Approuvé »

## DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION:

- ◆ Dossier dûment complété
- ◆ Fiche sanitaire + fiche de vaccination
- ◆ Attestation QUOTIENT FAMILIAL CAF ou MSA
- ◆ Attestation d'assurance scolaire

**UNE PERMANENCE AURA LIEU TOUTE LA SEMAINE DU 28 AOUT  
AU 1ER SEPTEMBRE A PARTIR DE 7H30 JUSQU'À 18H30**