



INSCRIPTION

□ PERISCOLAIRE MOLLANS 70240

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. Des accueils de loisirs sont proposés les mercredis et durant les vacances scolaires (sauf Noël et août) sur NOROY-LE-BOURG, SAULX, CITERS et VILLERS-LES-LUXEUIL.
- ◆ **Horaires:** Les parents veilleront à respecter les horaires d'ouverture et de fermeture de la structure: les jours de classe de 7h30 à 8h30 le matin, de 11h30 à 13h30 le midi et de 16h30 à 18h30 le soir..
- ◆ **Quelques informations :**

↳ 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 par téléphone au **03.39.28.01.51** ou par mail **periscolaire.mollans@cctv70.fr**.

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

↳ Nous vous remercions de fournir à votre enfant en début d'année une boîte de mouchoirs.

Cette fiche est à retourner au Centre Périscolaire de MOLLANS par mail ou déposer au périscolaire de

MOLLANS dans les locaux de la Mairie à MOLLANS

UNE PERMANENCE AURA LIEU SUR LE PERISCOLAIRE

DE MOLLANS JEUDI 29 AOUT ET VENDREDI 30 AOUT 2024

de 9h à 12h et 15h30 à 18h30 - N'hésitez pas à venir nous rencontrer

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