

★ **Pièces à joindre impérativement au DOSSIER UNIQUE :**

- Copie du livret de famille ;
- Avis d'imposition ou de non-imposition pour le calcul de la participation aux activités péri et / ou extra-scolaires ;
- Attestation de la CAF datée au mois d'inscription faisant mention du Quotient Familial, si titulaire du RSA, dernière attestation en cours de la CAF ;
- Fiche sanitaire, copie du carnet de santé (page vaccinations) à jour et ordonnance médicale en cas de traitement ou de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ;
- Attestation d'assurance « Responsabilité Civile » couvrant l'enfant ;
- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.

★ **ACCÈS PORTAIL FAMILLE**

Ce dispositif permet aux familles, après dossier unique complet et obtention d'un code d'accès, de procéder à distance aux pré-inscriptions aux activités proposées (après validation et obtention des pièces justificatives) et au règlement par carte bancaire et à la possibilité de recevoir les factures par mail.

- OUI**, je souhaite obtenir mon code d'accès pour effectuer mes démarches sur le portail famille
- NON**, je ne suis pas intéressée par le portail famille

★ **RÈGLEMENT GÉNÉRAL**

J'atteste avoir reçu, lu et approuvé le « Règlement intérieur, conditions d'inscriptions et facturation des activités périscolaires et extrascolaires » et garde cet exemplaire en ma possession.

- OUI**
- NON**

Signature :

Date :



VILLE DE QUIÉVRECHAIN

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET / OU EXTRASCOLAIRES / ACM

IDENTITÉ DE L'ENFANT À INSCRIRE :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SOIT ____ ANS

LIEU DE NAISSANCE : _____ Département : _____

GARÇON FILLE

ECOLE FRÉQUENTÉE DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE : _____

CLASSE : _____ NOM DE L'INSTITUTEUR : _____

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : PÈRE MÈRE TUTEUR

Le responsable légal est le destinataire redevable de la facturation et de tous les courriers. En cas de situation particulière, veuillez le préciser.

	ÉTAT-CIVIL DU PÈRE	ÉTAT-CIVIL DE LA MÈRE
NOM : et PRÉNOM :	_____	_____
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :	_____	_____
COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES : et ADRESSE MAIL	_____ _____	_____ _____
PROFESSION :	_____	_____
EMPLOYEUR :	_____	_____
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :	_____	_____

SITUATION FAMILIALE :

- MARIÉ
- PACSÉ
- CONCUBINAGE
- PARENT ISOLÉ
- DIVORCÉ
- SÉPARÉ

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

	1	2	3
NOM : et PRÉNOM :	_____	_____	_____
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE	_____	_____	_____
Lien avec l'enfant	_____	_____	_____
Téléphone	_____	_____	_____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

(Autres que les personnes déjà citées précédemment) :

	1	2	3
NOM : et PRÉNOM :	_____	_____	_____
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE	_____	_____	_____
Lien avec l'enfant	_____	_____	_____
Téléphone	_____	_____	_____

TYPE DE REPAS EN RESTAURATION SCOLAIRE :

- REPAS NORMAL REPAS VÉGÉTARIEN REPAS SANS PORC

ALLERGIES :

- * ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES * ALLERGIES ALIMENTAIRES
* ASTHME * AUTRES ALLERGIES,

* Si une de ces cases est cochée, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ?

OUI NON

♦ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT EST-IL AUTORISÉ À PRATIQUER TOUTE ACTIVITÉ SPORTIVE ?

OUI NON

♦ Si oui, joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ?

OUI NON

♦ Si oui, fournir une photocopie d'un brevet de natation et la photocopie du test anti-panique

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

Adresse :

Téléphone du médecin :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE SUR LEQUEL EST AFFILIÉ L'ENFANT : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

N° ALLOCATAIRE CAF / QUOTIENT FAMILIAL : /

⇒ J'autorise le service « Régie centralisée » à consulter les éléments de mon dossier CAF sur le site CAFPRO

OUI NON

Tout changement de situation familiale, domiciliation, téléphone, ou concernant l'état de santé de l'enfant (allergies, opérations...) doit être impérativement communiqué.

Nous soussignés, M., Mme _____ responsables légaux de l'enfant _____ :

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale ;
- autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant ;
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance « Responsabilité civile » et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels ;
- Prenons acte que dans le cadre des reportages, d'articles portant sur les animations réalisées par la Municipalité peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer ses supports de communication (site web, affiches...).

Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de notre enfant, et cela à titre gratuit.

OUI NON

VEUILLEZ COCHER L'ACTIVITÉ OU LES ACTIVITÉS CHOISIES :

- RESTAURATION SCOLAIRE (tarification selon le Quotient Familial de la CAF)
 ACM MERCREDIS KID'S (tarification selon le Quotient Familial de la CAF)
 ACM DE JUILLET (tarification selon le Quotient Familial de la CAF)

MOYEN DE PAIEMENT SOUHAITÉ :

- ESPÈCES PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL
 CHÈQUE CARTE BANCAIRE