

Fiche d'inscription 2020-2021 Garderie, cantine, étude, Accompagnement à la Scolarité et Accueils de Loisirs

Cadre réservé

au Pôle Education et Jeunesse

Name :		
<u>Nom</u> :		☐ <u>Attestation d'assurance</u>
<u>Prénom</u> :	P.A.I.	☐ <u>Autorisations diverses</u>
Adresse postale :	Allergie(s)	☐ <u>Fiche sanitaire de liaison</u>
Code postal :		☐ <u>Règlement intérieur</u>
Ville :		☐ <u>Vaccinations (à refaire avant)</u>
Adresse e-mail (obligatoire):	@	☐ Jugement (situation familiale)
Date de naissance : / /		☐ Carte Vitale
<u>Lieu de naissance</u> : Code posta	ı: \	☐ Mutuelle ☐ C.M.U.
Etablissement scolaire fréquenté :		☐ P.A.I. ☐ A.V.S. (scolaire)
		Régime : □C.A.F. □M.S.A. □Autres
Place de votre enfant dans la fratrie : / N		Dispositifs:
Merci de compléter ce tableau avec le plus de précisior	utile	☐ Garderie (matin / soir)
Responsables Légaux Responsable léga	al Responsable légal	☐ Cantine (temps scolaire)
Nore		☐ Etude surveillée
Nom		☐ Accompagnement à la Scolarité
		☐ Accueil de Loisirs
Prénom		☐ Accueil de Jeunes
		Adhésion Centre Social :
Adresse		☐ Famille
(si différente de l'enfant)		□ Individuelle
Tálánhana Fire		Régime alimentaire :
Téléphone Fixe Téléphone Portable		☐ Sans porc
Téléphone Travail		☐ Sans viande
Profession (parents)		☐ Particulier (précisez) :
Téléphone du jeune	1	
Numéro allocataire C.A.F.	<u>QF</u> :	<u>Important</u> :
OBLIGATOIRE		
Numéro allocataire M.S.A.		
Autre personne à contacter en cas d'urgence :		
Nom : Prénom :	Té	il:
<u>J'autorise mon enfant à quitter seul</u> : (entourez ce que vou	s souhaitez pour ce qui vous conc	erne)
L'étude surveillée OUI NON - La garderie OUI	NON	<u>Signature</u> :
L'Accueil de Loisirs OUI NON - L'Accompagnement à	la Scolarité OUI NON	
Si NON, merci de préciser qui peut raccompagner	l'enfant en dehors des respo	onsables légaux (majeur +18 ans) :



AUTORISATIONS PARENTALES

A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

e soussigné(e) Mme, Mr
Responsable légal de l'enfant
☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et d'inscription ;
☐ J'autorise les personnels du Pôle Education et Jeunesse à prendre toutes mesures (traitements médicaux, nospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
☐ J'autorise celui-ci à participer à toutes les activités pratiquées dans le cadre de la structure (sauf avis contraire écrit de ma part) ainsi qu'à circuler le cas échéant avec les minibus de la Ville de Péronne ;
Je reconnais et accepte que mon enfant puisse être filmé, photographié ou enregistré dans le cadre des activités dans le but d'illustrer des publications de l'organisateur (affiche, site Internet, bulletin d'information, article de presse) ainsi que dans le cadre d'un reportage professionnel (télévision, radio, presse écrite,) Cette autorisation de reproduction d'images et de voix est valable jusqu'à la majorité de l'enfant.
☐ J'accepte de recevoir les informations par le biais de ma messagerie Informatique.
En signant ce document je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur à disposition dans les Maisons de quartier).
ndiquez ici les autres difficultés de santé (allergies, maladies, accidents, crises convulsives, opérations chirurgicales) :
Médecin traitant : :
Date: Signature:













