

FICHE D'INSCRIPTION - TEMPS PERISCOLAIRES

Une fiche à compléter par enfant	Ecole :	Classe :
ENFANT		
Nom:	Prénom:	
Adresse :		
Date de Naissance:	Sexe: <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
L'enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI): <input type="checkbox"/> OUI (merci de le joindre) <input type="checkbox"/> NON		
PARENTS / REPRESENTANTS LEGAUX		
Nom:	Prénom:	
Adresse:		
Téléphone domicile:	Ptb:	Professionnel:
Adresse mail :		
Nom:	Prénom:	
Adresse (si différente):		
Téléphone domicile:	Ptb:	Professionnel:
Adresse mail :		
Frères et sœurs scolarisés en maternelle et élémentaire : (NOM + Prénom + Date naissance)		
-		
-		
-		
PAYEURS		
Nom:	Prénom:	
Adresse:		
Attestation de domicile à fournir obligatoire (quittance de loyer, facture EDF....)		
Numéro Allocataire CAF obligatoire:		
ATTENTION : toutes les factures précédentes doivent être acquittées pour garantir l'inscription.		
GARDERIE DU MATIN (7h30 - 8h30)		
<input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2ème trimestre <input type="checkbox"/> 3ème trimestre <input type="checkbox"/> Occasionnel *		
RESTAURANT SCOLAIRE (12h00 - 14h00)		
Indiquer le forfait choisi	Indiquer les jours choisis	
<input type="checkbox"/> 4 jours	<input type="checkbox"/> Lundi	Date de départ des repas :
<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> Mardi	
<input type="checkbox"/> 2 jours	<input type="checkbox"/> Jeudi	
<input type="checkbox"/> 1 jour	<input type="checkbox"/> Vendredi	
<input type="checkbox"/> Occasionnel *		
Informations éventuelles (Préciser sans viandes, sans porc, intolérances alimentaires.....) :		
GARDERIES DU SOIR		
MATERNELLE	ELEMENTAIRE	
RECREATION - GARDERIE 16h30-17h30 (Gratuite)	RECREATION - ETUDES SURVEILLEES 16h30-17h30 (Gratuite)	
<input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2ème trimestre <input type="checkbox"/> 3ème trimestre <input type="checkbox"/> Occasionnel *	<input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2ème trimestre <input type="checkbox"/> 3ème trimestre <input type="checkbox"/> Occasionnel *	
GARDERIE 17h30 - 18h00 (Payante)	GARDERIE 17h30 - 18h00 (Payante)	
<input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2ème trimestre <input type="checkbox"/> 3ème trimestre <input type="checkbox"/> Occasionnel *	<input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2ème trimestre <input type="checkbox"/> 3ème trimestre <input type="checkbox"/> Occasionnel *	
* Occasionnel: les demandes de ce type doivent, par écrit, faire l'objet d'une demande préalable qui sera examinée en fonction des effectifs déjà inscrits		
AUTORISATION DE SORTIE		
L'enfant est-il autorisé à sortir seul après les activités, garderie...? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (NOM + Prénom + téléphone):		
-		
-		
-		

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

AUTORISATIONS DE DEPLACEMENTS

J'autorise mon enfant à se déplacer en dehors de l'école pour les activités, sous la responsabilité des animateurs (à pied ou en car de voyage).

Oui

Non

PHOTOGRAPHIES

J'autorise mon enfant à être photographié par les animateurs ou les services de la Ville pendant les activités périscolaires (site internet de la Ville, journal municipal, journal à destination des familles, etc.).

Oui

Non

MAQUILLAGE

Votre enfant peut-il être maquillé pendant les activités? (En cas d'allergie, merci de nous le signaler)

Oui

Non

ASSURANCES

Responsabilité civile:

Compagnie:

N° de Contrat:

Scolaire / Extra-scolaire

Compagnie:

N° de Contrat:

SANTE / COMPORTEMENT

Date du dernier rappel antitétanique:

Existe-t-il des informations concernant la santé ou le comportement de votre enfant que le personnel doit connaître afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions?

Oui

Non

Si Oui, merci de préciser:

Il est impératif de signaler toute allergie (ateliers maquillage, cuisine, bricolage...)

Si votre enfant présente des problèmes médicaux empêchant la pratique de certains sports ou activités, un certificat médical de contre-indication devra être transmis.

EN CAS D'URGENCE

Nom et coordonnées du médecin traitant:

Numéro de Sécurité Sociale:

En cas d'urgence, les parents seront prévenus en priorité. En cas d'impossibilité de les joindre, autres personnes à prévenir: (NOM + Prénom + Lien avec l'enfant + Téléphone)

1/

2/

3/

Je soussigné(e), _____, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ensemble des activités périscolaires (garderies, restaurant scolaire) organisées par la Ville de Thiers, et m'engage à le respecter.

Je certifie que les informations fournies sur cette fiche sont complètes et exactes et m'engage à transmettre tous changements éventuels concernant mon enfant.

Fait à Thiers, le

Signature(s):

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

AUTORISATIONS DE DEPLACEMENTS **PENDANT LES TAP**

J'autorise mon enfant à se déplacer en dehors de l'école pour les activités **pendant les TAP**, sous la responsabilité des animateurs (à pied ou en car de voyage).

Oui

Non

PHOTOGRAPHIES

J'autorise mon enfant à être photographié par les animateurs ou les services de la Ville pendant les activités périscolaires (site internet de la Ville, journal municipal, journal à destination des familles, etc.).

Oui

Non

MAQUILLAGE

Votre enfant peut-il être maquillé pendant les activités? (En cas d'allergie, merci de nous le signaler)

Oui

Non

ASSURANCES

Responsabilité civile: Compagnie:
N° de Contrat:

Scolaire / Extra-scolaire Compagnie:
N° de Contrat:

SANTE / COMPORTEMENT

Date du dernier rappel antitétanique:

Existe-t-il des informations concernant la santé ou le comportement de votre enfant que les animateurs doivent connaître afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions?

Oui

Non

Si Oui, merci de préciser:

Il est impératif de signaler toute allergie (ateliers maquillage, cuisine, bricolage...)

Si votre enfant présente des problèmes médicaux empêchant la pratique de certains sports ou activités, un **certificat médical de contre-indication** devra être transmis.

EN CAS D'URGENCE

Nom et coordonnées du médecin traitant:

Numéro de Sécurité Sociale:

En cas d'urgence, les parents seront prévenus en priorité. En cas d'impossibilité de les joindre, autres personnes à prévenir: (NOM + Prénom + Lien avec l'enfant + Téléphone)

1/

2/

3/

Je soussigné(e), _____, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ensemble des activités périscolaires (garderies, restaurant scolaire) organisées par la Ville de Thiers, et m'engage à le respecter.

Je certifie que les informations fournies sur cette fiche sont complètes et exactes et m'engage à transmettre tous changements éventuels concernant mon enfant.

Fait à Thiers, le

Signature(s):