



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX



Ecole primaire de LEZOUX « POTIER MARCUS »

Ce document est destiné à vous permettre d'inscrire votre enfant au **restaurant scolaire**, au **centre de loisir périscolaire** et au **centre aéré**. Il doit être obligatoirement complété et signé même si la participation de votre enfant n'est qu'occasionnelle.

PHOTOCOPIES DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR :

- pour tous les services :

- attestation CAF
- attestation d'assurance de l'enfant
- protocole individuel médical si nécessaire
- photocopie des vaccinations à jour

- uniquement pour le restaurant scolaire et/ou l'accueil périscolaire :

- bulletin de salaire ou attestation de travail



Seuls les enfants ayant 4 ans révolus peuvent être inscrits, pour les enfants entre 3 et 4 ans une demande de dérogation doit être faite par écrit à la mairie.

- pour le centre aéré municipal :

- attestation d'une assurance extra-scolaire de l'enfant



L'inscription ne sera définitive qu'après réception des photocopies des documents nécessaires aux différents services.

Tout dossier incomplet sera refusé

Tout changement en cours d'année scolaire (domicile, téléphone, situation familiale, quotient familial...) doit obligatoirement être signalé afin d'assurer une meilleure gestion des services.

AUTORISATIONS :

- PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

Je soussigné(e),

Représentant légal de l'enfant,

Autorise la commune à photographier/filmer mon enfant lors des activités proposées par les différents services périscolaires et publier les images et les vidéos de mon enfant dans la presse et sur les supports de communication de la commune. La ville s'engage à ne pas en faire d'usage commercial.

N'autorise pas la réalisation et la publication de photos et vidéos de mon enfant.

- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e),

Représentant légal de l'enfant,

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

NOM - Prénom	N° téléphone

A

le / /

Signature du responsable légal :

RESPONSABLES LEGAUX

	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale
NOMS ET PRENOMS		
DATES DE NAISSANCE		
ADRESSE DU DOMICILE		
Téléphone du domicile		
Téléphone portable		
Adresse Mail		
EMPLOYEURS ADRESSE		
Téléphone employeurs		
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire
ALLOCATIONS FAMILIALES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> CAF : n° allocataire : <input type="checkbox"/> MSA n° allocataire : <input type="checkbox"/> Autre, précisé : <input type="checkbox"/> Quotient familiale Caf :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> CAF : n° allocataire : <input type="checkbox"/> MSA n° allocataire : <input type="checkbox"/> Autre, précisé : <input type="checkbox"/> Quotient familiale Caf :
N° DE SECURITE SOCIALE		
PERSONNE A FACTURER	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Garde alternée
REGLEMENTS	<input type="checkbox"/> Trésorerie <input type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Régie	<input type="checkbox"/> Trésorerie <input type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Régie
Nom du contrat d'assurance Et N° de contrat		

Autre Responsable légal de l'enfant (personne physique ou moral : famille d'accueil, tuteur, foyer etc....)

NOMS et Coordonnées :

.....

.....

ENFANTS

NOMS				
PRENOMS				
DATE DE NAISSANCE				
Contre-indication Alimentaire-Allergie				
P.A.I. (en cours de validité)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Médecin traitant / N° de téléphone :				
INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS PERISCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir
INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie
INSCRIPTION MERCREDIS (Temps scolaire)	<input type="checkbox"/> Mercredi: Matin <input type="checkbox"/> Mercredi: Repas <input type="checkbox"/> Mercredi: Après-midi <input type="checkbox"/> Mercredi: Journée	<input type="checkbox"/> Mercredi: Matin <input type="checkbox"/> Mercredi: Repas <input type="checkbox"/> Mercredi: Après-midi <input type="checkbox"/> Mercredi: Journée	<input type="checkbox"/> Mercredi: Matin <input type="checkbox"/> Mercredi: Repas <input type="checkbox"/> Mercredi: Après-midi <input type="checkbox"/> Mercredi: Journée	<input type="checkbox"/> Mercredi: Matin <input type="checkbox"/> Mercredi: Repas <input type="checkbox"/> Mercredi: Après-midi <input type="checkbox"/> Mercredi: Journée
INSCRIPTION AU CENTRE AERE Petites et Grandes Vacances	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI

J'autorise les responsables des différents services à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et autorise l'hospitalisation de mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement ainsi que des tarifs de tous les services que j'utilise et que j'accepte sans réserve.

A _____ le / /

Signature du responsable légal