

ECOLE MATERNELLE

DOSSIER FAMILLE ACCUEILS PERISCOLAIRES

2021-2022

<input type="checkbox"/> accueil matin	<input type="checkbox"/> accueil mercredi midi	<input type="checkbox"/> RESTAURATION	<input type="checkbox"/> NAP	<input type="checkbox"/> accueil soir
--	--	---------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

<input type="checkbox"/> Dossier d'inscriptions accueils périscolaires <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements de l'enfant <input type="checkbox"/> Quotient familial en cours de la CAF-MSA ou avis d'imposition 2020 (revenus 2019) (Sauf inscription NAP) <input type="checkbox"/> Copie de décision de justice en cas d'autorité parentale non partagée <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile, scolaire et extra-scolaire 2021-2022 <input type="checkbox"/> PAI - Projet d'accueil individualisé (si nécessaire)	<u>Observations</u>
--	---------------------

ENFANT

Classe	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse				

RESPONSABLES LEGAUX

	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom						
Prénom						
Adresse (si différente de l'enfant)						
Téléphone domicile						
Téléphone Portable						
Email						
Profession						
N° Allocataire CAF	Quotient familial :					
Assurance extrascolaire	Organisme :			N° sociétaire :		
Situation Familiale	Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>					
Autorité Parentale	Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif <input type="checkbox"/> Mère exclusive <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/>					

Conformément aux obligations du RGPD, nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

J'ai pris connaissance que ces informations sont enregistrées dans un fichier par le personnel de la commune qui ne traitera et n'utilisera les données que pour vous contacter, assurer le suivi du dossier et communiquer vos coordonnées aux encadrants et élus dédiés au scolaire.

Je certifie l'exactitude des renseignements de cette fiche et m'engage à signaler par écrit tout changement dans l'inscription de mon enfant. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à ce que mon enfant et moi-même le respections.

Date et Signature

ACCUEILS PÉRISCOLAIRES

ACCUEILS	Accueil régulier (Cocher les jours souhaités)					Accueil occasionnel matin + soir
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
Accueil matin						<input type="checkbox"/>
Accueil mercredi midi						
NAP (obligatoire sur le cycle)					Accueil <input type="checkbox"/>	
Accueil soir 1						
Accueil soir 2						

Votre enfant restera-t-il à l'accueil périscolaire, dès le premier jour de la rentrée scolaire :
 Jeudi 2 septembre OUI NON matin soir



RESTAURATION SCOLAIRE

CANTINE	JOURS FIXES TOUTE L'ANNEE (Cocher le ou les jours qui vous intéressent)					INSCRIPTION IRREGULIERE
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
						<input type="checkbox"/>

Votre enfant mangera-t-il le premier jour de la rentrée scolaire : jeudi 2 septembre OUI NON



RÉGIMES ALIMENTAIRES	ALLERGIES
Repas : (sans viande) -----	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PAI : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Médicamenteuses : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Dans le cas d'allergie alimentaire, vous devez joindre un certificat médical afin de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé. L'inscription sera effective une fois le PAI effectué.

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant.....

→ Autorise la Commune de Renage, dans le cas où il n'aurait pas été possible de me joindre et si un médecin le juge nécessaire, à faire hospitaliser mon enfant et à lui faire subir une intervention chirurgicale urgente.

Etablissement hospitalier de préférence :

→ **Autorise le personnel encadrant :**

➤ À photographier mon enfant dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires.
 OUI NON

➤ À filmer mon enfant uniquement dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires.
 OUI NON

→ Autorise les personnes suivantes (âgées de plus de 13 ans) à venir chercher mon enfant à la fin des activités et/ou à être contactées en cas d'urgence

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant