

# ECOLE MATERNELLE

## DOSSIER FAMILLE ACCUEILS PERISCOLAIRES

**2022-2023**

<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 2021 (revenus 2020) (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 2022-2023 <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						
<b>N° Allocataire CAF</b>	Quotient familial :					
Assurance extrascolaire	Organisme :			N° sociétaire :		
<b>Situation Familiale</b>	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"/>					
<b>Autorité Parentale</b>	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 me contacter, assurer le suivi du dossier et communiquer mes 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 7h30-8h15						<input type="checkbox"/>
Accueil mercredi midi 11h30-12h30						
NAP (obligatoire sur le cycle) 15h40-16h40					Accueil soir * <input type="checkbox"/> 15h40-16h40	
Accueil soir 1 16h40-17h30						
Accueil soir 2 17h30-18h30						

Votre enfant restera-t-il à l'accueil périscolaire, dès le premier jour de la rentrée scolaire :  
 Jeudi 1<sup>er</sup> septembre  OUI  NON  matin  soir



## RESTAURATION SCOLAIRE

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

Votre enfant mangera-t-il le premier jour de la rentrée scolaire : jeudi 1<sup>er</sup> septembre  OUI  NON



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