

## Inscription Accueil PériScolaire de l'école de Balizac : Année scolaire 2024-2025

### RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT OU LES ENFANTS

#### Enfant 1

Coller Photo

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SEXE :

L'enfant 1 est-il en garde alternée ?

OUI

NON

#### Enfant 2

Coller Photo

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SEXE :

L'enfant 2 est-il en garde alternée ?

OUI

NON

#### Enfant 3

Coller Photo

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SEXE :

L'enfant 3 est-il en garde alternée ?

OUI

NON

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

### Parent 1 ou Tuteur

NOM / PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

N° TELEPHONE :

MAIL :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

TEL PROFESSIONNEL :

SITUATION FAMILIALE : Union libre / Marié / Divorcé / Séparé / Veuf / Parent isolé

Si divorcé/séparé convention ou jugement de divorce obligatoire.

### Parent 2 ou Tuteur

NOM / PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

N° TELEPHONE :

MAIL :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

TEL PROFESSIONNEL :

SITUATION FAMILIALE : Union libre / Marié / Divorcé / Séparé / Veuf / Parent isolé

Si divorcé/séparé convention ou jugement de divorce obligatoire.

N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA (rayer la mention inutile) : \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE COUVRANT LE OU LES ENFANTS : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES ET MEDICALES

Nom et N° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé obligatoire.

L'enfant 1 a un traitement ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? (photocopie de l'ordonnance à joindre obligatoirement accompagnée du PAI)

\_\_\_\_\_

Recommandations particulières : (allergie, régime, asthme, maquillage, régime alimentaire, bénéficiaire AEEH, déclaré MDPH, etc.)

\_\_\_\_\_

Si l'enfant 1 porte des lunettes doit-il les garder en permanence ?  OUI  NON

L'enfant 2 a un traitement ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? (photocopie de l'ordonnance à joindre obligatoirement accompagné du PAI)

\_\_\_\_\_

Recommandations particulières : (allergie, régime, asthme, maquillage, régime alimentaire, bénéficiaire AEEH, déclaré MDPH, etc.)

\_\_\_\_\_

Si l'enfant 2 porte des lunettes doit-il les garder en permanence ?  OUI  NON

L'enfant 3 a un traitement ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? (photocopie de l'ordonnance à joindre obligatoirement accompagné du PAI)

\_\_\_\_\_

Recommandations particulières : (allergie, régime, asthme, maquillage, régime alimentaire, bénéficiaire AEEH, déclaré MDPH, etc.)

\_\_\_\_\_

Si l'enfant 3 porte des lunettes doit-il les garder en permanence ?  OUI  NON

## AUTORISATION INTERVENTION D'URGENCE

Nous, soussignés père et/ou mère de l'enfant  **AUTORISONS**  **N'AUTORISONS PAS**

Le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant sur les temps périscolaire.

Merci d'indiquer les personnes à contacter en cas d'urgence, pour le ou les enfant(s) dans l'ordre de priorité :

1- NOM / PRENOM :	TEL :
2- NOM / PRENOM :	TEL :
3- NOM / PRENOM :	TEL :
4- NOM / PRENOM :	TEL :
5- NOM / PRENOM :	TEL :

## DOCUMENT A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

**Une copie de l'avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023.**

**Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé obligatoire.**

**Le règlement intérieur signé accompagné du dossier d'inscription.**

**La fiche de réservation.**

**L'attestation de sécurité sociale ou MSA.**

**L'attestation d'assurance scolaire.**

## DEPART DU SERVICE PERISCOLAIRE

Votre/vos enfant(s) peut(vent) partir avec un accompagnant autre qu'un des responsables légaux :

- J'autorise mon enfant ou mes enfants à partir seul avec son/leur grand-frère ou sa/leur grande sœur mineur(e).**
- Je n'autorise pas mon enfant ou mes enfants à partir seul avec son/leur grand-frère ou sa/leur grande sœur mineur(e).**

Mon enfant/Mes enfants est/sont autorisé(s) à partir avec :

- |                   |       |
|-------------------|-------|
| 1- NOM / PRENOM : | TEL : |
| 2- NOM / PRENOM : | TEL : |
| 3- NOM / PRENOM : | TEL : |
| 4- NOM / PRENOM : | TEL : |
| 5- NOM / PRENOM : | TEL : |

## DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre du fonctionnement de la structure, l'animatrice peut être amenée à prendre des photos ou des vidéos des différents temps d'activités.

Ils sont voués à être utilisés dans le cadre de la communication institutionnelle de la structure (planning d'activités, affichage sur le lieu d'accueil, publication sur le site internet, publication dans la presse locale ...)

- J'autorise l'APS à utiliser les différents enregistrements de mon enfant.**
- Je n'autorise pas l'APS à utiliser les différents enregistrements de mon enfant (dans ce cas rayer les paragraphes suivants).**

En conséquence, j'autorise la municipalité à communiquer par tout moyen technique les enregistrements réalisés dans le cadre de la présente autorisation. Ils pourront être reproduits en partie ou en totalité sur les supports suivants : magazine municipal, site internet de la commune, plaquette de la commune.

**Les enregistrements ne pourront être cédés à des tiers !**

La municipalité s'interdit expressément une exploitation des enregistrements susceptibles de porter atteinte à l'image et à la vie privée des représentants légaux ou de l'enfant. Les représentants légaux reconnaissent par ailleurs que l'enfant n'est lié à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de son image ou de son nom.

## VALIDATION DES ELEMENTS FOURNIS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable légal de ou des enfant(s) nommé(s) ci-dessus, déclare :

- Exact les renseignements portés sur cette fiche
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire.

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

Le responsable de l'enfant

Mr ou Mme \_\_\_\_\_

Père     Mère     Tuteur

Signature