

RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE

Année scolaire :

École :

Niveau :

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : /.... /....

Adresse complète de résidence :

.....

.....

Courriel pour accès au portail familles :

Photo récente
(obligatoire)

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance : /.... /....	Date de naissance : /.... /....
Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :	Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél mobile :	Tél mobile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> union maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <i>Si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant</i> <i>Dans le cas d'une garde alternée, merci de fournir le calendrier de l'année scolaire signé par les 2 responsables légaux</i>	

Régime professionnel du payeur principal : Général Agricole

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables : NOM, prénom, lien de parenté (grands-parents, oncle, amis, voisins...) :

1. Tél :

2. Tél :

3. Tél :

4. Tél :

5. Tél :

6. Tél :

Cadre réservé à l'administration

Attestation du Quotient Familial
(CAF ou dernier avis d'imposition)

Certificat des vaccinations obligatoires (carnet de santé ou certificat médical)
Rappel des vaccins à 6 ans et à 11 ans

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Tél :

ALIMENTATION

Allergies :

Panier repas (uniquement avec protocole d'urgence)

Repas sans porc

ASSURANCE

Nom :

N° de Police :

Date d'échéance :

À jour des vaccins suivants : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique

Copie du carnet de santé à fournir ou certificat médical (rappel de ces vaccins à 6 ans et à 11 ans)

EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste :

Centre hospitalier spécifique :

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

Ou allergies : alimentaires médicamenteuses

autres (animaux, pollens, plantes...), précisez :

Joindre le protocole d'urgence précisant les signes évocateurs et la conduite à tenir.

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé. *

Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements. *

** Autorisations obligatoires pour accueillir l'enfant*

J'autorise la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume à utiliser, dans le but de promouvoir les activités, les photos et/ou films de mon enfant qui pourraient être réalisés lors des différentes activités auxquelles il participe :

Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil périscolaire :

Oui, à partir de (préciser l'heure) Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil « Les Dragonnets » :

Oui, à partir de (préciser l'heure) Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires de la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume

Nom et prénom du responsable légal faisant la demande :

(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')