

**FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES
PÉRISCOLAIRES INTERCOMMUNEAUX**

Écoles maternelles et primaires de la CdC4B

ÉCOLES DE BARBEZIEUX-ST-HILAIRE- ANNÉE 2020/2021

L'enfant (à remplir en lettres majuscules)

Nom de famille : Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
École : Classe :
Enseignant : Sexe :

Adresse de facturation (à remplir en lettres majuscules)

Adresse :
Code postal : Ville :

Services utilisés (cocher les services que vous décidez d'utiliser)

Garderie : oui non
Cantine : forfait * au repas pas de repas

* absences décomptées à partir de 4 jours successifs

Père (à remplir en lettres majuscules) **Autorité parentale** oui non

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Profession : Tél professionnel :
Tél domicile : Portable :

Mère (à remplir en lettres majuscules) **Autorité parentale** oui non

Nom (de jeune fille) : Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Profession : Tél professionnel :
Tél domicile : Portable :

Autres enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance	Établissement scolaire

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

Renseignez et cochez les personnes autorisées (autres que les responsables légaux) :

① **à prendre l'enfant après la classe ou la garderie**

② **et / ou à contacter en cas d'urgence**

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	①	②

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

Nom, adresse et n° du médecin traitant :

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :

Autres informations médicales que vous jugez utiles de renseigner (Allergies, intolérances alimentaires, etc ...)

Je soussigné

Responsable légal de l'enfant,

- M'engage à honorer les paiements de ces services;
- M'engage à transmettre immédiatement toute modification de mes coordonnées ou du nom du payeur à la CdC4B;
- M'engage à ce que mon enfant respecte les règlements des services périscolaires;
- M'engage à respecter les horaires des services de garderie;
- Reconnais qu'en cas de manquement à ces engagements, mon enfant sera susceptible d'être exclu de la fréquentation des services périscolaires de la CdC4B;

À le Signature,