

**FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES
PERISCOLAIRES INTERCOMMUNAUX**

Ecoles maternelles et primaires de la CdC4B

ECOLES DE BARBEZIEUX- ANNEE/.....

L'enfant (à remplir en lettres majuscules)

Nom de famille : Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Ecole : 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 * repas exceptionnel pas de repas

* absence décomptée 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 :
Tel 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 :
Tel domicile : Portable :

Autres enfants à charge

| Nom | Prénom | Date de naissance | Etablissement 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 ;

A le Signature,