

COMMUNE DE TREFFIEUX
ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURANT SCOLAIRE
DOSSIER D'INSCRIPTION

L'inscription (ou réinscription) est obligatoire pour chaque enfant en début d'année scolaire, même si vous n'avez pas de besoin immédiat, que ce soit pour une présence régulière ou occasionnelle de l'enfant.

Un enfant sans dossier d'inscription ne pourra être accueilli au restaurant scolaire et/ou au périscolaire. Il est précisé que pour une **présence occasionnelle**, il vous sera demandé, en supplément de ce dossier, de confirmer la présence de votre(vos) enfant(s) auprès du responsable du service (modalités précisées à la rentrée scolaire).



Ce dossier est à compléter **POUR CHAQUE FAMILLE**
 et à remettre avec les pièces justificatives à la Mairie
AVANT LE 1^{er} JUIN 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT(S)

ENFANT(S) A INSCRIRE AUX SERVICES ACCUEIL PERISCOLAIRE ET/OU RESTAURANT SCOLAIRE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	Sexe		Cocher, ci-dessous, l'école fréquentée à la rentrée de septembre 2017 et indiquer la classe		
			F	M	Ecole publique	Ecole privée	Classe

Domicile de l'(des) enfant(s) chez les parents chez la mère chez le père autre :

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

Situation familiale : célibataire mariés vie maritale pacsés divorcés séparés autre :

	Responsable 1 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre	Responsable 2 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre
NOM - Prénom		
Adresse		
Ville		
e-mail		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Employeur (nom et ville)		

<p>PAIEMENT DE LA RESTAURATION SCOLAIRE ET ACCUEIL PERISCOLAIRE</p> <p>possibilité en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public de Derval</p>	<p>Nom et prénom du payeur :</p> <p>.....</p> <p><i>Si payeur différent selon les périodes, merci de nous donner des précisions par écrit.</i></p> <p>Préciser si vous êtes allocataire ou non merci de cocher la bonne case</p> <p><input type="checkbox"/> allocataire CAF <input type="checkbox"/> allocataire MSA</p> <p><input type="checkbox"/> non allocataire <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :</p>
---	--

CONTACTS

En cas d'urgence, merci de préciser par ordre de priorité la personne à joindre

Ordre de priorité	NOM - Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone domicile	Téléphone portable
		mère		
		père		

Personnes, autres que le responsable légal, autorisées à venir chercher l'(les) enfant(s)

NOM - Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone domicile	Téléphone portable

AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE

Je soussigné(e), nous soussignés :

NOM/PRENOM :

NOM/PRENOM :

représentant(s) légal(aux)

de(s) l'enfant(s) :

.....

autorise(ons) la municipalité de Treffieux à prendre des photographies ou vidéos de notre(nos) enfant(s), sans contrepartie financière, dans le cadre des activités proposées par les services accueil périscolaire et/ou restauration scolaire et à les diffuser dans différents supports de publications municipale

OUI NON

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Si votre (vos) enfant(s) a besoin d'une prise en charge particulière, un PAI peut être établi à la demande des parents avec le directeur d'école et le médecin scolaire, afin de faciliter l'intégration de votre (vos) enfant(s) dans de bonnes conditions. Ce document devra être respecté et cosigné par toutes les parties prenantes, dans les structures scolaires et périscolaires fréquentées par l'(les) enfant(s).

Aucune consigne ne pourra être prise en compte sans la mise en œuvre d'un PAI.

ENGAGEMENTS DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e), nous soussignés,

NOM/PRENOM :

NOM/PRENOM :

responsable légal(légaux) de(des) l'enfant(s), déclare(déclarons) exact les renseignements portés dans ce dossier et autorise(autorisons) le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de(s) l'enfant(s).

J'atteste (nous attestons) avoir pris connaissance des modalités d'utilisation des services municipaux et je m'engage (nous nous engageons) à les respecter.

Je m'engage (nous nous engageons) à informer la mairie de tout changement concernant la situation familiale et l'état de santé de mon ou mes enfant(s).

Date :

Signature du père

**Signature de la mère
ou autre responsable légal**