

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2020-2021 :

Service Accueil de loisirs (Restauration scolaire, périscolaire)

Date limite de dépôt : 3 juillet 2020

Les coordonnées de la directrice sont indiquées sur la note d'information jointe au dossier d'inscription. Les dossiers remis après cette date ne seront pas prioritaires

Cadre réservé à l'administration ————————————————————————————————————				
Dossier reçu le : / / 2020	Par:			
Traité le : / / 2020	Par:			
Observations :				

Liste des pièces à fournir

- ✓ Pour une famille inscrivant un seul enfant: les 4 pages du dossier d'inscription.
- ✓ Pour une famille inscrivant <u>plusieurs enfants</u>:
 les 4 pages du dossier d'inscription + 1 fiche annexe par enfant supplémentaire.
- ✓ Un Relevé d'identité bancaire ou postal.
- ✓ Une attestation d'assurance.
- ✓ Une attestation (CAF ou MSA) précisant votre Quotient Familial
- ✓ Photocopie des vaccinations à jour (carnet de santé)

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

Nombre d'enfant(s) concerné(s) par le dossier d'inscription :
Je soussigné(e), M. ou Mme
Certifie sur l'honneur avoir l'autorité parentale et certifie l'exactitude des déclarations du présent dossier
M'engage à prendre connaissance du règlement intérieur disponible à l'accueil de loisirs ou sur le site internet (www.letonnerroisenbourgogne.fr)
□ autorise le personnel des services communautaires à photographier mon(mes) enfant(s). Ces photographies pourront être diffusées sur les supports papier et numériques édités par la Communauté de communes
☐ autorise mon(mes) enfant(s) à effectuer les déplacements avec les animateurs, à pied ou en bus si besoin
□ consent à l'utilisation des données personnelles figurant dans ce dossier pour la gestion de l'accueil de mon(mes) enfant(s).
A, Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS: INFORMATIONS RELATIVES A LA FAMILLE (1 par famille)

SITUATION ACTUELLE DE LA FAMILLE	☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)		Pacsé(e) Séparé(e)	☐ Unio	n libre (ve)	☐ Célibataire
FOYER OÙ VIT L'ENFANT						
□ Père □ Mère □ Beau-père □ Père □ Foyer □ Autre : □ Foyer Nom : □ Préyer Nom : □ Préyer Nom : □ Père □ Foyer □ Nom : □ Père □ Foyer Nom : □ Prénom : □ Date de na □ Nationalit Adresse : □ Adresse : □ Mail : □ Mail : Tél. : □ Tél. :			□ Foyer □ Nom: Prénom: Date de naiss Nationalité: Adresse: Mail: Tél.:	Autre :	······································	□ Belle-mère
Profession :			Profession : Employeur : Adresse : Tél. :			
ALLOCATAIRE N° /	Allocataire CAF:	Qu	otient Famili	al:	Au nom (de: eur□ Madame
En cas de separation o	U DIVORCE, MERCI D'IN	DIQU	JER LES COORDO	ONNEES DE	L'AUTRE P	ARENT
□ Père □ Mère Nom / Prénom : Date de naissance : Adresse : Tél. :						
PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (LES MODALITES VOUS SERONT PRECISEES LORS DE LA REMISE DU DOSSIER)						
 Oui : pour la première fois joindre un RIB (au nom du payeur), un mandat avec vos coordonnées bancaires vous sera édité pour mettre en place le prélèvement automatique □ Non □ Déjà en place → la reconduction est automatique 						

FICHE D'INSCRIPTION AUX DIFFERENTS ACCUEILS (1 par enfant)



——————————————————————————————————————				
Les deux « formules » en fonction de la fréquentation de l'enfant :				
□ « formule 1 » : mon enfant fréquentera le service de restauration régulièrement (mon enfant sera par conséquent prioritaire pour l'accès au service de restauration)				
□ « formule 2 » : mon enfant fréquentera le service de restauration <u>ponctuellement</u> (mon enfant ne sera donc pas prioritaire pour l'accès au service), je choisis donc la fréquentation « occasionnelle » → je me procurerai <u>les bulletins</u> <u>d'inscription hebdomadaire</u> à l'accueil de loisirs.				

Cochez les jours de fréquentation	ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN	Restauration SCOLAIRE	ACCUEIL DU PERISCOLAIRE DU SOIR
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

$\frac{\textbf{FICHE SANITAIRE}}{(1 \ par \ enfant)}: \textbf{INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT}$

L'ENFANT				
Date de naissance : /		Féminin Masculin		
RENSEIGNEMENTS MEDICAL	λχ			
Médecin traitant : Nom et adresse :	es vaccins obligatoires (joindre u			
	unettes 🗀 Protnese			
SANTE DE L'ENFANT				
L'enfant a-t-il des allergies ou intolérances médicalement justifiées ? Alimentaire : □ Oui □ Non Asthme : □ Oui □ Non Médicamenteuse : □ Oui □ Non Autre, précisez :				
AUTORISATIONS ET SIGNAT	URE			
Je soussigné(e), M. ou Mme				
Personnes à prévenir en cas d'urge Nom Prénom	ence et habilitées à venir chercher l'enfa Lien avec l'enfant (grands-parents, assistante maternelle)	nt (<i>en plus des noms indiqués</i> d Téléphone	dans la fiche de renseignements) Habilitée à venir chercher l'enfant ? (cocher la case)	
Δ.	lo.	Signatura ·		