

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2018/2019

I- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) ENFANT(S) A INSCRIRE

NOM Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe	Allergies, régime particulier, problèmes médicaux,...

Je soussigné(e).....atteste que mon (mes) enfant(s) ne présente(nt) pas d'allergies alimentaires. Signature :

Dans le cas contraire, merci de nous fournir un certificat médical et de solliciter une rencontre afin de mettre en place un PAI

II- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

	PERE :	MERE :
Adresse domicile		
Date de naissance		
Nom et Adresse de l'employeur		
N° de téléphone portable		
N° de téléphone domicile		
N° de téléphone professionnel		
Adresse mail		
Régime d'appartenance (régime général, fonction publique, régime agricole, autres)		
N° CAF (à défaut MSA)		

Famille : Couple Monoparentale Recomposée

III- LES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LE(S) ENFANT(S) ET A CONTACTER DANS LE CAS OU LES PARENTS SONT INJOIGNABLES

NOM Prénom	Qualité (grands parents, voisins, amis,...)	N° de téléphone

IV- DONNEES CONCERNANT LA FACTURATION

Nom(s) et adresse de facturation :.....
A noter que pour les familles en « couple », le nom des 2 parents apparaîtra automatiquement sur la facture.

Vous souhaitez opter pour le prélèvement automatique : Oui Non

SI OUI, veuillez remplir le **formulaire « mandat de prélèvement »** joint au dossier d'inscription et nous le retourner **accompagné d'un RIB**

Attention : pour les prélèvements déjà en place, il n'est pas nécessaire de remplir à nouveau le formulaire, le prélèvement sera reconduit automatiquement sauf demande contraire de votre part.

V- DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)père, mère¹ de(s) l'enfant(s) ci-dessus dénommé(s), autorise ou n'autorise pas¹ le périscolaire de Rémilly à photographier ou à filmer mon (mes) enfant(s) pendant les heures d'accueil du périscolaire et à utiliser et diffuser son image dans divers supports d'information et de communication.

¹ (rayer la mention inutile)

VI- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant	
Adresse	
Numéro de téléphone	

VII- AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e)père, mère ¹ de(s) l'enfant(s) ci-dessus dénommé(s), autorise la directrice de l'accueil périscolaire de Rémilly, à prévenir les services d'urgence et à prendre toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si l'état de santé l'exige.

VIII- REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e).....
Père / Mère ¹ de(s) l'enfant(s).....

¹ rayer la mention inutile

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire organisé par la Communauté de Communes du Sud Messin et l'approuve dans sa totalité.

A le
Nom, Prénom

Signature :