



FICHE INSCRIPTION ENFANT

2022/2023

Identité de l'enfant	Photo de l'enfant
Nom : Prénom : Sexe : Date de naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur : Numéro d'assurance :

PERSONNES A CONTACTER	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Tél.:	Tél.:
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : Oui / Non	Appel en cas d'urgence : Oui / Non
Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non	Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non
Contact supplémentaire	Contact supplémentaire
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Tél.:	Tél.:
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : Oui / Non	Appel en cas d'urgence : Oui / Non
Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non	Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire, indiquant l'heure et le(s) jour(s) (A joindre avec cette fiche). <i>Information modifiable en cours d'année</i>	OUI / NON
Prise de photo : Autorise la commune et les services à utiliser des photos ou films où votre(vos) enfant(s) apparaît(ssent) afin d'illustrer les supports d'information et de communication pour l'année scolaire (site internet de la commune, newsletter, panneaux photos). Ou Autorise uniquement pour les panneaux photos dans le service	OUI / NON OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON

Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
Handicap : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON
Mise place d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) Joindre avec cette fiche le PAI à jour pour toute allergie, ainsi que la trousse d'urgence)	OUI / NON

INFORMATIONS MEDICALES	
Nom du médecin traitant :	
Tel. :	
Allergies	Pratiques Alimentaires
Vaccins	Fait le
Antituberculeuse (BCG)	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus influenzae b (dernier rappel)	
Pneumocoque	
Hépatite B	
Rougeole, Oreillons, Rubéole	
Autres :	
Maladie	Date
Varicelle	
Scarlatine	
Rubéole	
Coqueluche	
Rougeole	

INSCRIPTIONS AUX SERVICES POUR 2020-2021								
Entourer les réservations pour les enfants en régulier :								
APS Matin	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
APS Soir	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Restauration scolaire	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Mercredi journée	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Mercredi matin AVEC repas	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Mercredi matin SANS repas	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Mercredi après-midi AVEC repas	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Mercredi après-midi SANS repas	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D		
Cases blanches (services ouverts) cases noirs (services fermés)								
Pour les irréguliers , merci d'utiliser le portail famille pour enregistrer vos réservations (attention aux délais, consultable sur le règlement) https://portail.berger-levrault.fr/MairieSaintMarsDeCoutais44680/accueil								
<i>L'accès au portail famille vous sera possible après enregistrement de votre dossier, un mail vous sera envoyé.</i>								

DATE ET SIGNATURE :



FICHE INSCRIPTION FAMILLE

2022/2023

Enfant(s)

Sexe	Nom/Prénom	D. Naissance	Ecole	Classe à la rentrée

RESPONSABLE(S) LEGAUX DE(S) ENFANT(S)

SITUATION :

- Concubinage
 Mariés, pacsés
 Séparés, divorcés
 Autres :

RESPONSABLE LEGAL 1

Vous êtes :

Le père, la mère, le beau-père, ...

Nom :

Prénom

Situation familiale :

Adresse :

Tel. Dom :

Tel. Port :

Email :

Profession :

Employeur :

Adr. Pro :

Tel. Pro :

RESPONSABLE LEGAL 2

Vous êtes :

Le père, la mère, le beau-père, ...

Nom :

Prénom

Situation familiale :

Adresse :

Tel. Dom :

Tel. Port :

Email :

Profession :

Employeur :

Adr. Pro :

Tel. Pro :

EN CAS DE SEPARATION

Merci de préciser avec quel parent vit l'enfant :

Père

Mère

Garde alternée :

Semaine paire chez :

Semaine impaire chez :

Pour la facturation : ne seule facture une facture différente (remplir 2 fiches famille)

DONNEES COMMUNE A LA FAMILLE

Nom de l'allocataire :

N° allocataire :

Allocataire : CAF MSA (si MSA transmettre l'attestation)

Mode de facturation :

Prélèvement (fournir obligatoirement un RIB)

Nom/Prénom :

IBAN : BIC :

Chèque ou espèce au Centre des Finances Publiques ou **paiement en ligne**

Nous soussignés (*)..... responsables légaux de(s)
l'enfant(s)

- ✓ Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- ✓ Nous nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- ✓ Nous certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile couvrant les dommages corporels,
- ✓ Nous autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- ✓ Nous autorisons le responsable à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ✓ Attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

DATE ET SIGNATURE :