MAIRIE
7 Place de l'Eglise
44530 DREFFEAC

Tel 02 40 66 90 40
Fax 02 40 66 93 28
e-mail : mairie.dreffeac@wanadoo.fr

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT SI VOTRE ENFANT FREQUENTE AU MOINS UN DES SERVICES.

Saisi le __/__/__ ☐

FICHE D'INSCRIPTION COMMUNE A TOUS LES SERVICES
ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

RS : Restaurant Scolaire, APS : Accueil Périscolaire,
ALSH : Accueil de Loisirs (avoir 4 ans révolus),
TAP : Temps d'Activités Péri-éducatives

A DEPOSER A LA MAIRIE AVANT LE 11 JUILLET 2016

ENFANT 1 — **Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐**

Nom : _____ Date de naissance : __/__/____

Prénom : _____ Classe : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Inscriptions aux services : ☐Restaurant Scolaire ☐ Accueil Périscolaire ☐ Accueil de Loisirs ☐ TAP

ENFANT 2 — **Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐**

Nom : _____ Date de naissance : __/__/____

Prénom : _____ Classe : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Inscriptions aux services : ☐Restaurant Scolaire ☐ Accueil Périscolaire ☐ Accueil de Loisirs ☐ TAP

ENFANT 3 — **Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐**

Nom : _____ Date de naissance : __/__/____

Prénom : _____ Classe : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Inscriptions aux services : ☐Restaurant Scolaire ☐ Accueil Périscolaire ☐ Accueil de Loisirs ☐ TAP

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : _____

Prénom : _____

E-mail : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

_____

Téléphone fixe : __/__/__/__/__
Téléphone portable : __/__/__/__/__
Employeur (nom, adresse) : _____

_____

Téléphone travail : __/__/__/__/__

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : _____

Prénom : _____

E-mail : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

_____

Téléphone fixe : __/__/__/__/__
Téléphone portable : __/__/__/__/__
Employeur (nom, adresse) : _____

_____

Téléphone travail : __/__/__/__/__

Lien entre les responsables 1 et 2 : ☐ marié ☐ pacsé ☐ vie maritale ☐ séparé
Si votre enfant est en garde alternée, merci de le signaler au secrétariat de la mairie.

RESERVÉ A L'ADMINISTRATION – PIECES JOINTES OBLIGATOIRES :
Attestation assurance RC ☐ Attestation assurance IA ☐ Attestation CAF ☐ Attestation impôts ☐ Fiche sanitaire ☐ Q.F ☐ _____

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATION DE SORTIES APS ALSH RS TAP

Oui ☐ Non ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul de l'Accueil Périscolaire (APS)
Oui ☐ Non ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul de l'Accueil de Loisirs (ALSH)
Oui ☐ Non ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul du Restaurant Scolaire (RS)
Oui ☐ Non ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul du Temps d'Activités Péri éducatives (TAP)
Oui ☐ Non ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul de l'école
Oui ☐ Non ☐ J'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties dans le cadre des activités du centre de loisirs et des TAP

AUTORISATION MEDICALE POUR RS-APS-ALSH-TAP

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame _____
autorise le personnel municipal de la commune de DREFFEAC à prendre les mesures nécessaires, en cas d'accident ou de maladie demandant des soins immédiats concernant mon enfant :
Nom : _____ Prénom : _____
En cas d'urgence, j'autorise son hospitalisation et en cas de nécessité absolue, son anesthésie générale.
Si je ne suis pas joignable, j'autorise également Monsieur et/ou Madame _____
Tél : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__ à intervenir en mon nom en cas d'extrême urgence.

PUBLICATION D'IMAGES POUR RS-APS-ALSH-TAP

J'autorise l'utilisation photographique de mon enfant pour :
Publication dans la presse ☐ Bulletin municipal ☐ Affichage ☐ Site internet de la commune ☐

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

☐ Vous êtes déjà en prélèvement automatique (celui-ci sera reconduit automatiquement)
☐ Vous souhaitez mettre en place un prélèvement automatique (merci de compléter la demande ci-jointe et de la déposer auprès du secrétariat de la Mairie et de joindre un Relevé d'Identité Bancaire récent).
☐ Nous ne souhaitons pas de prélèvement automatique

TRANSPORT SCOLAIRE

☐ Mon enfant prend le car scolaire : le lundi ☐ le mardi ☐ le mercredi ☐ le jeudi ☐ le vendredi ☐
☐ Mon enfant ne prend pas le car scolaire

Assurance responsabilité civile (fournir attestation d'assurance) :
Nom : _____ N° contrat : _____
Assurance individuelle accident (fournir attestation d'assurance) :
Nom : _____ N° contrat : _____
Caisse prestataire des allocations familiales : ☐ C.A.F ☐ M.S.A ☐ AUTRE
(fournir attestation avec Quotient Familial) ou votre dernière déclaration d'impôts :
N° allocataire : _____ Q.F : _____
Fiche sanitaire (à compléter) + Photocopies du carnet de santé obligatoire pour l'APS, l'ALSH et les TAP

JE CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLEMENTS INTERIEURS

Du RS, de l'APS, de l'ALSH, des TAP ☐ (disponible sur le site www.dreffeac.fr)

Signatures des représentants légaux,

Fait à DREFFEAC, le .....