



Année 2017-2018

Fiche pré-remplie à compléter, vérifier, corriger si besoin et signer.

À retourner impérativement en mairie avant le JEUDI 17 AOUT !!!

(Les enfants dont le dossier ne sera pas retourné complet sont sous la responsabilité de leurs parents pour la pause méridienne et à partir de la fin des cours)

Cadre réservé à l'administration

Dossier complet :

1. Enfant

NOM et Prénom : _____ Date de naissance : _____ Classe : _____

Sexe : Fille Garçon Adresse complète : _____

L'enfant habite chez : ses parents sa mère son père garde alternée autre:

N° sécurité sociale : _____ N° allocataire CAF : _____

2. Responsables légaux

Parents séparés ou divorcés merci de cocher la case suivante

PÈRE : NOM et prénom : _____

Adresse *si différente de celle de l'enfant* : _____

Portable : _____

Travail : _____

Domicile : _____

@ Mail : _____

MÈRE : NOM et prénom : _____

Adresse *si différente de celle de l'enfant* : _____

Portable : _____

Travail : _____

Domicile : _____

@ Mail : _____

3. Renseignements médicaux

Médecin traitant : Nom : _____ Tel : _____

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite) : Oui Non

Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, joindre un certificat médical de contre-indication.

Maladies Infantiles contractées (cocher si oui) : Rubéole Varicelle Scarlatine

Coqueluche Rougeole Oreillons

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière :

Difficultés d'audition Souffle au cœur Asthme Lunettes Prothèses auditives

Appareil dentaire Allergies (*préciser*) : _____

Autre (*préciser*) : _____

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non Si oui, lequel ?

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé : Oui Non

Attention ! En cas d'allergie alimentaire ou de traitement médical, votre enfant ne pourra être accueilli au restaurant scolaire qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé). Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire et la Directrice de l'école pour la mise en place de ce PAI.

4. Modalité de sortie à la fin du temps d'enseignement et de TAP

L'enfant est autorisé à partir seul après les activités TAP : Oui Non

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant :

NOM Prénom : _____ S : _____ Lien de parenté : _____

NOM Prénom : _____ S : _____ Lien de parenté : _____

NOM Prénom : _____ S : _____ Lien de parenté : _____

NOM Prénom : _____ S : _____ Lien de parenté : _____

NOM Prénom : _____ S : _____ Lien de parenté : _____

5. Facturation

Payeur : Père Mère Autre (préciser) _____

Choix de modalité de paiement : Paiement par prélèvement bancaire (remplir imprimé joint + RIB si 1^{ère} demande)

Paiement par chèque ou espèce à la Trésorerie (8 B Cours Pasteur, 64800 Nay)

6. Documents à fournir

- La présente fiche de renseignements
- Une attestation d'assurance de responsabilité civile et extrascolaire en cours de validité
- En cas de séparation des parents, l'extrait de jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale et des droits de garde
- Pour l'inscription aux TAP, une fiche de réservation périodique (à remettre minimum 15 jours avant le début de la période)
- Pour l'inscription à la cantine, un bulletin d'inscription (à remettre au plus tard le jeudi 18h pour la semaine suivante)

7. Autorisation

Je soussigné(e), _____

Responsable légal de l'enfant : _____

- ✓ Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale, ...)
- ✓ Autorise le service périscolaire à photographier, enregistrer ou filmer mon enfant et à diffuser dans toutes publications municipales, notamment sur le site Internet de la commune ou le bulletin municipal, l'image ou le film représentant mon enfant, aux fins de communication, d'information, de pédagogie ou d'illustration.
- ✓ Autorise les responsables de la mairie ou des activités périscolaires à prendre en cas d'urgence (de transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques) jugées indispensables pour la santé de mon enfant, y compris le faire transporter à l'hôpital le plus proche.
- ✓ Autorise les personnes mandatées par la mairie à transporter mon enfant dans le cadre d'activités TAP dans les équipements communaux (mairie et salles annexes),
- ✓ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des TAP et l'accepter,
- ✓ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services de Cantine et de Garderie et l'accepter,
- ✓ Reconnais avoir pris connaissance que les informations collectées par le biais de cette fiche sont destinées à la gestion des services communaux. (Conformément à la loi « informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie d'Igon.)

Date :

Signature :