



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX



Ecole primaire de LEZOUX « POTIER MARCUS »

Ce document est destiné à vous permettre d'inscrire votre enfant au **restaurant scolaire**, au **centre de loisir périscolaire** et au **centre aéré**. Il doit être obligatoirement complété et signé même si la participation de votre enfant n'est qu'occasionnelle.

### PHOTOCOPIES DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR :

#### - pour tous les services :

- attestation CAF
- protocole individuel médical si nécessaire
- photocopie des vaccinations à jour

#### - uniquement pour le restaurant scolaire et/ou l'accueil périscolaire :

- bulletin de salaire ou attestation de travail



seuls les enfants ayant 4 ans révolus peuvent être inscrits, pour les enfants entre 3 et 4 ans une demande de dérogation doit être faite par écrit à la mairie.

#### - pour le centre aéré municipal :

- attestation d'une assurance extra-scolaire de l'enfant



L'inscription ne sera définitive qu'après réception des photocopies des documents nécessaires aux différents services.

**Tout dossier incomplet sera refusé**

Tout changement en cours d'année scolaire (domicile, téléphone, situation familiale, quotient familial...) doit obligatoirement être signalé afin d'assurer une meilleure gestion des services.

**AUTORISATIONS :**

- PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

Je soussigné(e) .....,

Représentant légal de l'enfant .....,

autorise la commune à photographier/filmer mon enfant lors des activités proposées par les différents services périscolaires et publier les images et les vidéos de mon enfant dans la presse et sur les supports de communication de la commune. La ville s'engage à ne pas en faire d'usage commercial.

**Ou**

n'autorise pas la réalisation et la publication de photos et vidéos de mon enfant.

- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e) .....,

Représentant légal de l'enfant .....,

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

<b>NOM - Prénom</b>	<b>N° téléphone</b>

J'autorise les responsables des différents services à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et autorise l'hospitalisation de mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement ainsi que des tarifs de tous les services que j'utilise et que j'accepte sans réserve.

A \_\_\_\_\_, le / / .

**Signature du responsable légal :**

**RESPONSABLES LEGAUX**

	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale	Responsable léga 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale
<b>NOMS ET PRENOMS</b>		
<b>DATES DE NAISSANCE</b>		
<b>ADRESSE DU DOMICILE</b>		
<b>Téléphone du domicile</b>		
<b>Téléphone portable</b>		
<b>Adresse Mail</b>		
<b>EMPLOYEURS ADRESSE</b>		
<b>Téléphone employeurs</b>		
<b>SITUATION DE FAMILLE</b>	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire
<b>ALLOCATIONS FAMILIALES</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <input type="checkbox"/> CAF : n° allocataire :  <input type="checkbox"/> MSA n° allocataire :  <input type="checkbox"/> Autre, précisé :  <input type="checkbox"/> Quotient familiale Caf :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <input type="checkbox"/> CAF : n° allocataire :  <input type="checkbox"/> MSA n° allocataire :  <input type="checkbox"/> Autre, précisé :  <input type="checkbox"/> Quotient familiale Caf :
<b>N° DE SECURITE SOCIALE</b>		
<b>PERSONNE A FACTURER</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Garde alternée
<b>REGLEMENTS</b>	<input type="checkbox"/> Trésorerie <input type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Régie	<input type="checkbox"/> Trésorerie <input type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Régie
<b>Nom du contrat d'assurance Et N° de contrat</b>		

Autre Responsable légal de l'enfant (personne physique ou moral : famille d'accueil, tuteur, foyer etc....)

NOMS et Coordonnées : .....

.....

.....

**ENFANTS**

<b>NOMS</b>				
<b>PRENOMS</b>				
<b>DATE DE NAISSANCE</b>				
Classe en 2017/2018				
Classe en 2018/2019				
Classe en 2019/2020				
Classe en 2020/2021				
Classe en 2021/2022				
Classe en 2022/2023				
Classe en 2023/2024				
Classe en 2024/2025				
<b>Contre indication Alimentaire-Allergie</b>				
<b>P.A.I. (en cours de validité)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi  <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Regies	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi  <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi  <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi  <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Occasionnel/Régie
<b>INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS PERISCOLAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Mercredi 12h/12h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/13h45 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/18h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 13h30/18h30	<input type="checkbox"/> Mercredi 12h/12h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/13h45 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/18h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 13h30/18h30	<input type="checkbox"/> Mercredi 12h/12h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/13h45 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/18h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 13h30/18h30	<input type="checkbox"/> Mercredi 12h/12h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/13h45 <input type="checkbox"/> Mercredi 12h/18h30 <input type="checkbox"/> Mercredi 13h30/18h30
	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> Etude surveillée	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> Etude surveillée	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> Etude surveillée	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> Etude surveillée
<b>INSCRIPTION AU CENTRE AERE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Médecin traitant / N° de téléphone :</b>				





