



DOSSIER INSCRIPTION/.....

Scolaire

Restauration scolaire

Accueil de loisirs/Accueil périscolaire/TOTEM

ENFANT				
Élémentaire <input type="checkbox"/>		Maternelle <input type="checkbox"/>		Niveau demandé : <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Nom	Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe
<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Ecole fréquentée précédemment (sauf PS) :	
Autorisation photo / film	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Communication de l'adresse des responsables de l'enfant aux associations des parents d'élèves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Repas	<input type="checkbox"/> Repas avec viande <input type="checkbox"/> Repas sans viande

LE PAYEUR (<u>Entourer</u>)	1er responsable	2ème responsable
NOM + Nom de jeune fille pour la mère		
PRÉNOM		
SITUATION MATRIMONIALE (<u>Entourer</u>)	<u>Marié - Pacsé- Séparé- Célibataire</u> <u>Autre</u>	<u>Marié - Pacsé- Séparé- Célibataire</u> <u>Autre</u>
N° TÉLÉPHONE		
N° PORTABLE		
MAIL (Obligatoire)		
ADRESSE
PROFESSION		
EMPLOYEUR Nom - Adresse - Téléphone		
N° ALLOCATAIRE CAF / MSA		

CONTACTS (Ne pas noter les parents)			
Nom—Prénom	Lien	Téléphone	Personnes à prévenir en cas d'urgence
			Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Compagnie d'assurance de l'enfant :

N° contrat :

ATTESTATION D'ASSURANCE À REMETTRE A L'ÉCOLE en septembre

Pièces obligatoires à fournir* :

Photocopie des vaccinations

Fiche sanitaire remplie et signée

Photocopie du livret de famille (parents + enfant)

Justificatif de domicile de - de 3 mois

Une copie du jugement du JAF si séparation des parents

***Format numérique possible**

J'autorise la consultation et la conservation de mes données personnelles issues de l'application par la CAF pour calculer le tarif qui m'est applicable.

Traitement des données personnelles – Déclaration CNIL – Données de connexion

Le guichet en ligne a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n° 2054680v0.

Plus d'informations sur : <http://www.cnil.fr>

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour demander une modification, rectification ou suppression des données vous concernant, il vous suffit d'adresser un courrier à la collectivité.

Ces informations vous seront transmises par courrier postal à l'adresse que vous avez indiquée lors de votre dernière inscription. Nous nous engageons à protéger vos données personnelles et votre vie privée. À cet effet, la ville a pris la décision de nommer un Correspondant Informatique et Libertés (CIL), chargé de veiller à la protection des données à caractère personnel et au respect de la loi dans la Mairie.

**Je, soussigné,reconnais avoir pris connaissance et accepte les règlements intérieurs scolaire et de l'en-
semble des services de la commune de FAY AUX LOGES.**

À FAY AUX LOGES, le.....
Signature :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....