



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Année scolaire 2018/2019

### ACCUEIL DE LOISIRS "9-14 ANS"

#### ENFANT

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### PARENTS - TUTEURS

PARENT 1 :

PARENT 2 :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Professionnel : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :

Parent 1

Parent 2

Autre responsable légal

**AUTRE REPRESENTANT LEGAL (personne physique ou morale)**

Personne référente : \_\_\_\_\_



: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE

célibataire    marié    pacsé    veuf    vie maritale    divorcé    séparé

Adresse de messagerie pour l'envoi des mails : \_\_\_\_\_

A qui doivent être adressées les factures ? \_\_\_\_\_

#### Personnes à prévenir en cas d'absence des parents ou qui sont autorisées à venir chercher le ou les enfant(s)

Nom et Prénom :



:

Lien de parenté :

Nom et Prénom :



:

Lien de parenté :

Nom et Prénom :



:

Lien de parenté :

#### ASSURANCES

Nous demandons aux familles de contrôler la validité de leur assurance "Responsabilité Civile" et d'assurer leur enfant à la pratique des activités extra-scolaires.

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

Merci de nous fournir une copie de l'attestation d'assurance

## RÉGIME

CAF N° allocataire \_\_\_\_\_

MSA N° allocataire \_\_\_\_\_

AUTRE N° allocataire \_\_\_\_\_

**Pour les allocataires CAF**, la commune bénéficie d'un accès à CafPro, outil télématique qui permet de connaître le quotient familial et ainsi déterminer la tarification.

J'autorise l'accès à mon compte

Je refuse l'accès à mon compte

**En cas de refus**, merci de bien vouloir nous fournir votre attestation de quotient familial faute de quoi, le tarif maximum sera appliqué.

**Pour les autres allocataires, MSA et autres régimes, nous vous invitons à vous rapprocher de votre caisse pour connaître votre quotient familial (nous transmettre une attestation)**

## AUTORISATIONS

		Commentaires
Départ seul	oui / non	
Prise d'images et vidéos	oui / non	
Diffusion d'images et vidéos	oui / non	
Transport à l'occasion d'une sortie	oui / non	
Participation aux activités aquatiques	oui / non	

## EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) de l'enfant ..... autorise la Mairie de Val d'Izé et / ou son représentant à prendre toutes les dispositions en cas d'urgence vitale et qu'elle délèguera, si nécessaire, aux services adéquats (pompiers, SAMU, hôpitaux...)

## REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e), M. ou Mme ..... (NOM Prénom) déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions d'inscription et le règlement intérieur de l'accueil de loisirs "9-14 ANS".

Consultable sur le site internet de la commune : <http://www.valdize.fr/>, rubriques Enfance/Jeunesse -> Services périscolaires -> Anim'Vac "9-14 ans".

Ce document peut également vous être remis en mairie sur demande.

Je déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et je m'engage à signaler tout changement auprès du secrétariat du service enfance.

Fait le ..... à .....

Signature du, des parent(s) ou du tuteur légal, précédée de la mention "Lu et approuvé".