



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2019/2020

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 _____
 AUTRE N° allocataire _____

MSA 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".