

DOSSIER D'INSCRIPTION

à retourner à l'accueil de la Mairie

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / PASS' TON MERCREDI

NOM DE LA FAMILLE :

ATTENTION !!!

*Le délai de traitement de ce dossier peut atteindre 5 jours.
Merci de bien vouloir anticiper vos démarches en prenant les dispositions adéquates.*

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER :

Encadré réservé à l'administration

- Copie de la carte d'identité de l'enfant ou du livret de famille
- Copie d'un justificatif de domicile
- Copie de l'attestation de quotient familial CAF
- Copie de l'avis d'imposition 2019 (revenus 2018) du foyer fiscal (familles n'ayant pas de numéro CAF)
- Copie de l'attestation d'assurance (scolaire et/ou extrascolaire, responsabilité civile)
- Attestation sur l'honneur (pour les parents isolés)
- Attestation(s) employeur(s) (Pass' ton Mercredi)
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant

Aucune copie ne sera réalisée en Mairie.

Informations Famille

Seul le responsable 1 est destinataire des factures, veuillez à bien remplir correctement l'adresse mail, pour un envoi électronique et l'adresse postale pour un envoi papier.

Responsable 1

Responsable 2

NOM ET PRÉNOM	.....	.....
ADRESSE COMPLÈTE	.....	.....

	CP | _ | _ | _ | _ | Ville	CP | _ | _ | _ | _ | Ville
TÉLÉPHONES	Domicile | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |	Domicile | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
	Portable | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |	Portable | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Autre, à préciser	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Autre, à préciser
PROFESSION *	.....	.....
EMPLOYEUR *	.....	.....
<small>* Renseignements obligatoires (en cas de crise sanitaire)</small>	Tél. professionnel | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |	Tél. professionnel | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> autres :
N° ALLOCATAIRE CAF	.....	.....
<small>Obligatoire, pour calculer le QF</small>		
ADRESSE MAIL*	.....	.....
<small>Obligatoire pour accéder au portail famille</small>		

JE SOUHAITE RECEVOIR MA FACTURE : Un seul choix possible

PAR MAIL* (VERSION ÉLECTRONIQUE)

PAR COURRIER (VERSION PAPIER)

* Lorsque vous choisissez l'option facture électronique, vous acceptez de ne plus recevoir de facture papier et vous vous engagez à consulter votre adresse mail régulièrement.

Personne(s) de confiance

Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du (des) parent(s) de l'enfant déjà mentionné(s) sur le dossier.

		à contacter en cas d'urgence	autorisé à venir chercher mon (mes) enfant(s)
NOM ET PRÉNOM	.....	
LIEN AVEC L'ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉL. DOMICILE	| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |	TÉL. PORTABLE	| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
NOM ET PRÉNOM	.....	
LIEN AVEC L'ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉL. DOMICILE	| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |	TÉL. PORTABLE	| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
NOM ET PRÉNOM	.....	
LIEN AVEC L'ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉL. DOMICILE	| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |	TÉL. PORTABLE	| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Informations Enfant(s)

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM
PRÉNOM
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
DATE DE NAISSANCE
ECOLE
CLASSE
ENSEIGNANT
ASSURANCE
N° CONTRAT

Autorisations diverses

AUTORISÉ(E) À RENTRER SEUL(E) ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DROIT À L'IMAGE ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SOINS D'URGENCE ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) J'autorise la commune à laisser mon enfant rentrer seul.

(2) J'autorise la commune à photographier ou à filmer mon (mes) enfant(s) au cours des activités périscolaires ou extrascolaires, pour utilisation sur les différents supports de communication de la ville (site internet, guide pratique, bulletin municipal...).

(3) J'autorise la commune à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires (diagnostiquées par le médecin) pour la santé de mon (mes) enfant(s).

Inscriptions aux services périscolaires

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESTAURATION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
À PARTIR DU :	.....	.....	.....
RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel

PASS' TON MERCREDI	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} trimestre	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} trimestre	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} trimestre

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement Général sur la Protection des Données) s'appliquent aux données recueillies dans le cadre de ce formulaire et vous garantissent le droit d'accès, de rectification et d'effacement, le droit d'opposition pour des motifs légitimes, le droit à la limitation du traitement et celui de réclamation auprès de la CNIL pour les données vous concernant auprès du Délégué à la Protection des Données : cnil@clermontmetropole.eu. Pour plus de précisions, se reporter au Document « Information CNIL - Affaires scolaires, périscolaires, accueil collectif de mineurs et petite enfance » disponible en mairie ou sur le site internet de la ville : www.lecendre.fr

Informations sanitaires et vaccinations

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
MÉDECIN TRAITANT	.....	.....	.....
ADRESSE	..........	..........	..........
TÉL	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
VACCINATIONS	<i>à jour</i>	<i>à jour</i>	<i>à jour</i>
DIPHTÉRIE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TÉTANOS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
POLIOMYÉLITE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Renseignements médicaux

	<i>à préciser</i>	<i>à préciser</i>	<i>à préciser</i>
ALLERGIES (5)			
MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHME	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AUTRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TRAITEMENT MÉDICAL (7)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES DE SANTÉ (8)	..... .....	..... .....	..... .....
RECOMMANDATIONS UTILES (9)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

(5) si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

(6) si oui, joindre le protocole au présent dossier.

(7) en cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

(8) indiquer les difficultés éventuelles de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre.

(9) informations que vous jugerez utiles à communiquer.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

certifie avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement des différents services périscolaires ;

déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle ou d'allocataire CAF) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Fait à

le

Signature