|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1ER enfant** | **2ème enfant** | **3ème enfant** |
| **Nom**  |  |  |  |
| **Prénom** |  |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |  |
| **Classe (Niveau)** |  |  |  |
| **Nom de l’enseignant** |  |  |  |
| **Adresse** |  |

**Nom, prénom et coordonnées du (des) responsable (s) (légaux) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PERE** | **MERE** |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Adresse****(si différente de celle de ou des enfants)** |  |  |
| **Courriel** |  |  |
| **N° allocataire CAF ou MSA** |  |  |
| **Téléphone domicile** |  |  |
| **Téléphone portable** |  |  |
| **Téléphone professionnel** |  |  |

**Si parents séparés : Nom Prénom du parent ayant à charge les enfants  :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compagnie Assurance des enfants .........................................................................................................................

Adresse de l’assureur …………………...........................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Personnes à contacter** *(autres que les parents)*

*Nota : signalez au service tout changement de numéro (fixe ou mobile)*

***Votre enfant peut être récupéré par son frère ou sa sœur mineur, dans ce cas merci de joindre obligatoirement à ce dossier une attestation sur papier libre***

***complétée d’une photo d’identité de la personne désignée***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Contact 1**  | **Contact 2** |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Nom de naissance |  |  |
| Lien de Parenté |  |  |
| Tel Portable |  |  |
| Tel autre |  |  |
| A contacter en cas d’urgence |  Oui Non |  Oui Non |
| Autorisé à récupérer les enfants |  Oui Non |  Oui Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Contact 3** | **Contact 4** |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Nom de naissance |  |  |
| Lien de Parenté |  |  |
| Tel Portable |  |  |
| Tel autre |  |  |
| A contacter en cas d’urgence |  Oui Non |  Oui Non |
| Autorisé à récupérer les enfants |  Oui Non |  Oui Non |

Autres contacts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Attention ! une pièce d’identité sera demandée**

**Renseignements concernant la santé des enfants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénoms Enfants A compléter → |  |  |  |
| **Existe-t-il un PAI ? (Projet d’Accueil Individualisé)** |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Est-il allergique ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Si oui, précisez l’allergie |  Asthme Alimentaire Médicamenteuse |  Asthme Alimentaire Médicamenteuse |  Asthme Alimentaire Médicamenteuse |
| Votre enfant présente t-il une pathologie nécessitant une attention particulière ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Votre enfant porte t-il des lunettes ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Votre enfant porte t-il des lentilles ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Votre enfant porte t-il des prothèses auditives ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Votre enfant porte t-il des appareils dentaires ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| L’état de santé de votre enfant nécessite t-il un aménagement dans les activités physiques ? |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |
| Recommandations particulières à préciser ou \* |  |  |  |

\*ou à adresser sous pli séparé au responsable du service en précisant le nom prénom de l’enfant et l’école fréquentée.

Ces renseignements sont fournis sous l’entière responsabilité du représentant légal de l’enfant, excluant par là toute responsabilité de la Commune

***Vous voudrez bien faire connaître sans délai toute modification, pour raison médicale, des informations ainsi fournies et produire un certificat médical à l’appui.***

Je soussigné( e ):

Nom............................................................ Prénom ..................................................................

*Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (rayer la mention inutile)*

*- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,*

*- confirme les autorisations pour les personnes susceptibles d’être contactées en notre absence et en cas de problème,*

*- confirme les autorisations aux personnes habilitées à récupérer nos enfants,*

- *déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités périscolaires de la Mairie de Pignans,*

*- je m’engage à respecter les termes du règlement intérieur et les dates du calendrier d’inscription.*

*A Pignans, le / / Signature (s*)

**Le dossier complété, signé est à déposer au service jeunesse de la Mairie.**

**Il est valable pour l’année scolaire 2018 / 2019**

**Il est précisé que tout dossier incomplet sera réputé non déposé.**

**De ce fait, l’enfant ne sera pas accueilli en garderie.**

**PIECES A FOURNIR**

 Le livret de famille

+ Si parents séparés : joindre obligatoirement le jugement

Attestation d’assurance responsabilité civile, individuelle accident

**et** attestation d’assurance garantie extra- scolaire

 En cas de PAI

(copie du dossier de PAI + fourniture trousse de soins indispensable)

*Nota : la gestion des inscriptions fait l’objet d’un traitement informatique. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne faisant l’objet dudit traitement bénéficie du droit de consultation et de rectification des informations recueillies. Ce dernier s’exerce auprès de la Commune*.