**ANNEE SCOLAIRE 2018-2019**

**A RENDRE AVANT LE 25 AOUT 2018 IMPERATIVMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’ENFANT** | **NOM :**  | **Prénom :** |  |
| **Date de naissance** | **Classe 2018/219 :** [ ]  **Mme Belot** [ ]  **Mme Delgrange**[ ]  **Mme Claisse** | [ ]  **Mr Springer** [ ]  **Mme Jacquemin** [ ]  **Mr Martin** [ ]  **Mr Jacquemin**  | **Sexe : M – F** |
| **REPRESENTANT(E) LEGAL(E) DE L’ENFANT** | [ ]  **Représentant(e) 1** | [ ]  **Représentant(e) 2** |

|  |
| --- |
| [ ] **REPRESENTANT(E) 1** |
| **Nom :**………….………………….. | **Nom de Jeune Fille :** …….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| **Adresse complète** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :**  |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Situation familiale :** [ ]  **Marié(e)** [ ]  **Pacsé(e)** [ ]  **Vie Maritale** [ ]  **Séparé(e)** [ ]  **Divorcé(e)** [ ]  **Veuf(ve)** [ ]  **Célibataire**  |
|  |  |  |
| [ ]  **REPRESENTANT(E) 2** |
| **Nom :**………….………………….. | **Nom de Jeune Fille :** …….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| **Adresse complète** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Mail** |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Situation familiale :** [ ]  **Marié(e)** [ ]  **Pacsé(e)** [ ]  **Vie Maritale** [ ]  **Séparé(e)** [ ]  **Divorcé(e)** [ ]  **Veuf(ve)** [ ]  **Célibataire**  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Adresse de Facturation :** [ ]  **Représentant(e) 1** [ ]  **Représentant(e) 2****Sans cette information, le payeur par défaut sera le/la représentant(e) 1** |

|  |
| --- |
| **N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :**  |

|  |
| --- |
| **CONTACTS AUTRES QUE LES REPRESENTANTS 1 et 2** |
| **Nom :**………….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| [ ]  **Représentant(e) légal(e)** |  |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Cochez la ou les cases suivantes** **si vous autorisez le contact à :** | [ ]  **Venir chercher l’enfant à la sortie des services de la Mairie.**[ ]  **Etre prévenu en cas d’urgence.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**………….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| [ ]  **Représentant(e) légal(e)** |  |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Cochez la ou les cases suivantes** **si vous autorisez le contact à :** | [ ]  **Venir chercher l’enfant à la sortie des services de la Mairie.**[ ]  **Etre prévenu en cas d’urgence.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**………….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| [ ]  **Représentant(e) légal(e)** |  |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Cochez la ou les cases suivantes** **si vous autorisez le contact à :** | [ ]  **Venir chercher l’enfant à la sortie des services de la Mairie.**[ ]  **Etre prévenu en cas d’urgence.** |
| **RESTAURANT SCOLAIRE** | [ ]  Inscription mensuelle[ ]  Inscription par Mail  |
| **ACCUEIL PERISCOLAIRE** | [ ] Inscription mensuelle[ ]  Inscription par Mail |
| **ETUDES SURVEILLEES** | [ ]  Inscription par période scolaire[ ]  Inscription par Mail |
| **MERCREDIS ANIMES (11-15 ANS)** | [ ]  Inscription par période scolaire[ ]  Inscription par Mail |

|  |
| --- |
| **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE :** [ ]  **Oui -** [ ]  **Non****En cas de réponse positive, remplir une autorisation de prélèvement + RIB-RIP si vous avez changé de compte ou si vous n’avez jamais opté pour le prélèvement. PAS DE PRELEVEMENT POUR LES MERCREDIS APRES MIDI** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** | **MEDECIN TRAITANT :**  |  |
| **TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT** |  |
| **LIEU DE PREFERENCE POUR UNE HOSPITALISATION (sauf avis contraire des Secours) : ……………………………………………………** |
| **Problèmes de santé, allergies, contre-indications médicales (Merci de joindre impérativement un certificat Médical) :** |
| **Date du vaccin DT POLIO obligatoire : ……/……/……….** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTORISATION DE PUBLICATION** | **OUI**[ ]  | **NON**[ ]  | **J’ai pris connaissance des règlements intérieurs du restaurant scolaire et de l’accueil périscolaire et en approuve toutes les modalités.**  |
|  |[ ] [ ]  **J’autorise tous soins d’urgence médicale rendus nécessaires par l’état de santé de mon enfant** |
|  |[ ] [ ]  **J’autorise mon enfant à participer à des sorties dans le cadre des activités périscolaires.** |
|  |[ ] [ ]  **J’autorise la publication de photos de mon enfant sur tout support de communication (presse, bulletin municipal, site internet ………….)** |
|  |[ ] [ ]  **Mon enfant est assuré en responsabilité civile et individuelle** |

**Si la présente fiche n’est pas complétée entièrement, l’inscription ne sera pas prise en compte.**

**Fait à SAINT HILAIRE LEZ CAMBRAI, le**

**Signature**