**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**