

Fiche de renseignements

**Dossier complet** A nous retourner avant le VENDREDI 26 JUILLET 2019  
Si le dossier n'est pas complet l'inscription sera prise en compte à partir du mardi 1 octobre 2019

A cocher

- Fiche de renseignements dûment complétée et signée
- Nous retourner l'accusé réception de LA CHARTE DE VIE PERISCOLAIRE/page 2
- Nous retourner si besoin la « Prise en charge » / page 2
- Assurance responsabilité civile / scolaire et extra-scolaire de l'année 2019/2020
- Copie des pages carnet de vaccinations de chaque enfant
- PAI : Projet d'Accueil Personnalisé (si existant)
- Si vous choisissez le prélèvement automatique, le mandat SEPA dûment complété et signé (en attente)

Nom(s) de(s) enfant(s)	Date de naissance	classe	Cantine	Garderie
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez le circuit utilisé pour le transport scolaire  Bus du haut  Bus du bas  Bus des Ratelières  
 Autorisez-vous la prise de photo ?  Oui  Non  
 Inscriptions : Si besoin, précisez :  Sans viande  PAI

**Vous devez choisir le même moyen de paiement pour toute la durée de l'année scolaire :**

- En Mairie**, ou à la Trésorerie Principale d'Albertville, par chèque à l'ordre du Trésor Public ou en espèces,
- Mode SEPA** : par prélèvement automatique, à compléter et signer un exemplaire du règlement financier de contrat de prélèvement automatique SEPA + remettre un RIB (en attente)
- Mode TIPI : en ligne par carte bleue** à partir du portail de réservation (en attente)

Célibataire  Mariés/Pacsés  Vit en couple  Séparés  Divorcés (joindre la copie pour la garde)

	Responsable 1	Responsable 2
<b>Nom / Prénom du représentant légal</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Email</b>		
<b>N° Domicile</b>		
<b>N° Portable</b>		
<b>N° Travail</b>		
<b>Mail du travail</b>		
<b>Quelle personne à l'autorité parentale ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Quelle est la personne responsable autorisée pour faire les réservations ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A quelle personne doit-on envoyer la facturation ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Médecin traitant : Nom – Prénom – adresse</b>		<b>Téléphone</b>

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de nos enfants au cas où, ils auraient à subir une intervention chirurgicale.

• En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par la Mairie.

• Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie

A .....

Le.....

Signature des parents ou représentant légal

**Compléter si :**

- votre enfant a - 6 ans.

Prise en charge des enfants

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE MES ENFANTS  
A LA SORTIE DES SERVICES PERISCOLAIRES**

Indiquez pour chacun d'eux, sa qualité : père, mère, frère majeur, sœur majeure, voisin, assistante maternelle, grand-mère,..., et son numéro de téléphone.

**5 personnes maximum** : Merci de remplir lisiblement et par ordre de priorité d'appel.

Qualité	Nom / prénom	N° portable	N° domicile

Je m'engage à informer **par écrit** la mairie de toute modification éventuelle des personnes inscrites sur cette liste en cours d'année.

A ..... Le..... **Signature des parents ou représentant légal**

Accusé réception de la « Charte de Vie Collective Périscolaire »

Noms et prénoms des parents :

.....

**CERTIFIONS AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LES DISPOSITIONS DE LA CHARTRE DE VIE COLLECTIVE PERISCOLAIRE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2019-2020 POUR NOS ENFANTS :**

Noms et prénoms des enfants :

.....

A ..... Le..... **Signature des parents ou représentant légal**