



## INSCRIPTIONS (1)

### ECOLE PUBLIQUE MANON CORMIER Services Périscolaires 2024-2025

Niveau de classe à venir : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Fille  Garçon   
 Prénom de l'enfant : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Adresse électronique : .....

#### PRESTATIONS SOUHAITEES POUR L'ENFANT

- Restauration Scolaire <sup>(2)</sup> :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi
- Accueil périscolaire <sup>(2, 3)</sup>

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Après midi	Matin	Après midi	Matin	Après midi	Matin	Après midi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Transport Scolaire :  non  oui  Nom de l'arrêt : .....

(1) Dans le cas où un (des) enfant (s) est/sont déjà scolarisé (s), la famille doit être à jour du règlement des factures périscolaires.

(2) Renseignez très précisément les jours d'inscription, ils serviront de base à la facturation.

(3) Réserve exclusivement pour les enfants dont les deux parents travaillent, les attestations d'employeur ci jointes à faire remplir sont indispensables pour valider l'inscription.

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES

Nom et Prénom du responsable légal et débiteur :  Père  Mère  Tuteur Né(e) le / /

Portable : ..... Fixe : .....

Courriel : ..... Tel prof : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Nom et Prénom du deuxième responsable légal :  Père  Mère  Tuteur Né(e)) le / /

Portable : ..... Fixe : .....

Courriel : ..... Tel prof : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

**Situation familiale :**  Marié(e)  Vie Maritale  Célibataire  Séparé (e)  Veuf(ve)

Dans le cas de séparation des parents, préciser si garde alternée  oui  non

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**Numéro de CAF ou de MSA** .....

**Quotient familial** (fournir l'attestation CAF ou dernière déclaration d'impôts) .....

**Assurance** (Fournir une attestation): .....

**Nom et adresse du médecin traitant :** .....

.....

En cas d'accident ou de malaise grave, le SAMU au 15 sera immédiatement contacté et organisera les secours.

**Problème médical à signaler ou PAI :** OUI - NON

.....

**Nom et prénom des frères et sœurs dans l'école :**

**1** .....

**2** .....

**3** .....

**4** .....

### AUTORISATIONS

**Personnes MAJEURES à prévenir en cas d'urgence** (Indiquer le lien de parenté) :

**1**..... TEL : .....

**2**..... TEL : .....

**3**..... TEL : .....

**Personnes MAJEURES autorisées à récupérer l'enfant** (Indiquer le lien de parenté) :

**1**..... TEL : .....

**2**..... TEL : .....

**3**..... TEL : .....

### AUTORISATIONS PHOTOS /VIDÉO

autorise (nt)  n'autorise (nt) pas

La diffusion de vidéos/photos de mon enfant prises pendant les activités périscolaires au sein de l'école (presse locale, site de la mairie).

L'enfant ne sera pas pris en photos seul. Celles-ci ne seront utilisées que dans le cadre de la valorisation de la vie culturelle et des N.A.P.

Je soussigné(e) ..... Déclare être responsable légal de l'enfant et certifie exact les renseignements portés sur le présent dossier.

Je m'engage à assumer les fonctions de payeur des prestations fréquentées à réception des factures.

Dans le cas de garde alternée, l'engagement du payeur vaut pour toute la scolarité de l'enfant.

A Laruscade Le .....

Signatures des parents ou tuteur :