

VILLE de Grand-Charmont
 Service des Affaires Scolaires 03.81.32.51.75
 Fiche de Renseignements **2018/2019**
 RESTAURATION SCOLAIRE
 PERISCOLAIRE

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Début de fréquentation le Sexe : M F

École : Enseignant : Classe :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Belle-mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Beau-père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom						
Adresse du domicile						
Tél. Domicile/Portable						
Courriel						
Situation familiale :						

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom+téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : CAF DE BESANCON MSA BESANCON Autre C.A.F.

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur		
Adresse		
Téléphone travail		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : Téléphone : N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE 2018/2019

Régime alimentaire : Menu classique Menu sans porc Menu sans viande

Allergies :

Recommandations des
parents :

Fréquence : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Semaine impaire - préciser les jours :
 Semaine paire - préciser les jours :

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2018/2019

BATAILLE-JEANNEY-CURIE

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
7h30-8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORT LACHAUX

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
7h30-8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16H00-18h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'accident ou d'incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

Médecin traitant : Nom :

Téléphone

Adresse :

Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations. A l'inscription, je m'engage à transmettre sous enveloppe la copie des dates de vaccinations au directeur de l'accueil des loisirs. Je dégage la ville de Grand-Charmont de toutes responsabilités en cas de dégradations, pertes ou vols d'objets personnels (vêtements, bijoux, jeux etc...). Je reconnais avoir pris connaissance et accepte le règlement des accueils de loisirs et de la restauration scolaire.

La Caisse d'Allocations Familiales nous autorise à accéder à un service internet professionnel afin de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'inscription de votre enfant. Conformément à la loi "informatique et libertés" n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Fait à Grand-Charmont , le 17/04/2018

Signature :