

FICHE D'INSCRIPTION 2024 – 2025

Nom			
Prénom			
Date de naissance	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Classe(en sept. 2024)			
Ecole	<input type="checkbox"/> Les Peupliers <input type="checkbox"/> Grain de Soleil	<input type="checkbox"/> Les Peupliers <input type="checkbox"/> Grain de Soleil	<input type="checkbox"/> Les Peupliers <input type="checkbox"/> Grain de Soleil
Inscription	<input type="checkbox"/> Péri-scolaire <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2024	<input type="checkbox"/> Péri-scolaire <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2024	<input type="checkbox"/> Péri-scolaire <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2024
Allergies alimentaires, si oui précisez	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
Autres allergies Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
Autres informations de santé			
Vaccin DTPOLIO	JOINDRE OBLIGATOIREMENT COPIE DES VACCINS (si nouveau vaccin)		

Accueil périscolaire

Planning régulier, veuillez cocher les cases des jours où votre enfant viendra au périscolaire :

	LUNDI		MARDI		JEUDI		VENDREDI	
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Prénom :								
Prénom :								
Prénom :								

Eventuellement précisions (semaine paire, semaine impaire, toutes les 3 semaines)

.....

.....

Planning irrégulier, je m'engage à envoyer mon planning par le site internet.

PARENTS 1

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....
TEL. DOMICILE :
TEL PORTABLE :
TEL. TRAVAIL :
LIEU DE TRAVAIL :
MAIL :

PARENTS 2

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....
TEL. DOMICILE :
TEL PORTABLE :
TEL. TRAVAIL :
LIEU DE TRAVAIL :
MAIL :

SITUATION FAMILIALE : (célibataire, marié, pacsé, séparé, divorcé) :

REGIME ALLOCATAIRE **N° Allocataire** : _____

- Régime Général (CAF) : J'autorise la directrice à consulter CDAP afin d'obtenir mon quotient familial. Dans le cas contraire, je fournis impérativement la copie de l'attestation de quotient familial en début d'année.

- Régime Agricole (MSA) : Je m'engage à fournir la copie de l'attestation de quotient familial

La tranche tarifaire la plus haute sera facturée, si la copie de l'attestation n'est pas fournie

AUTORISATIONS PARENTALES PERMANENTES:

En cas d'urgence, j'autorise l'équipe d'encadrement à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s)

Nom / prénom : _____ Lien de parenté : _____

Nom / prénom : _____ Lien de parenté : _____

Nom / prénom : _____ Lien de parenté : _____

Autorise mon enfant, à partir de 7 ans, à repartir seul, à pied ou à vélo.

Autorise mon enfant à être photographié ou filmé pour diffusion interne ou pour la presse locale.

Atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport pour mon enfant.

Accepte que l'association Familles Rurales de St André, conserve mon adresse mail à des fins non commerciales, seulement pour les besoins de communication de l'association.

Je confirme avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement

Je soussigné (e) _____ responsable légal de(s) enfant (s) nommé (s)
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à,

Signature :

Le