DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE

(MATERNELLE)

05.57.74.32.11 / 06.30.97.54.40

Lundi – Mardi – Jeudi – Vendredi	**7H30-8H30 / 16H15-19H00**

Documents à fournir :

☐ **La présente fiche de renseignement**

☐ **La fiche sanitaire de liaison + photocopie des vaccinations de l'enfant**

☐ **Assurance couvrant l'enfant sur le temps extra-scolaire**

LE DOSSIER DOIT ETRE REMIS COMPLET AVANT L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT (à l'accueil périscolaire ou à la mairie)

1-L'ENFANT :

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse :.....
.....

2-LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Responsable légal 1	**Responsable légal 2**
Père ☐ Mère ☐ Autre ☐	Père ☐ Mère ☐ Autre ☐
Nom-Prénom	Nom-Prénom
Adresse :	Adresse :
Tel portable :	Tel portable :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
Courriel :	Courriel :

Régime allocataire		
CAF ☐	MSA ☐	Autres ☐
N° d'allocataire :	N° d'assuré social :	Précisez :

3-AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	N° de tel

4-AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT DURANT L'ANNEE :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	N° de tel

5-AUTORISATION :

Dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire, j'autorise l'équipe d'animation à :

→ photographier, filmer mon enfant, ces images peuvent être utilisées pour des documents de communication de la commune de Galgon, le site internet et/ou le compte Facebook, la presse, des expositions.	OUI☐	NON☐
→ maquiller mon enfant	OUI☐	NON☐

Je soussigné(e).....,
responsable légal(e) de l'enfant.....,
→ certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et en accepter les différents points,
→ certifie exacts les renseignements portés dans le présent dossier,
→ autorise : 1- Notre enfant à participer à toutes les activités (y compris extérieur)
2-Les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires pour mon enfant,
3- Les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires à mon enfant,

Fait à le Signature :