

Père	Mère
Prénom/Nom :	Prénom/Nom :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Portable :	Portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Courriel :	Courriel :
Numéro allocataire CAF ( <b>obligatoire</b> ) :	<b>Quotient familial :</b>
La situation de votre enfant (maladies, allergies, difficultés de santé, contradictions médicales) nécessite t'elle un PAI (plan d'accueil personnalisé) ? <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non         </div> <p style="text-align: center;">Si oui, merci de contacter directement le directeur de l'école pour un rendez-vous avec le médecin scolaire.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Sans dossier PAI votre enfant ne pourra être accueilli par nos services.</u></b></p>	
Nom du médecin traitant :	Numéro de téléphone :

### Enfants

Prénom/Nom	Né(e) le	En cas de séparation, habite avec	Classe	Régime alimentaire
		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère		<input type="checkbox"/> Sans porc
		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère		<input type="checkbox"/> Sans porc
		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère		<input type="checkbox"/> Sans porc

### Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :

Prénom/Nom	Lien de parenté	Téléphone domicile	Téléphone portable

**Règlement :**  Chèque / Espèces  
 Prélèvement (remplir un mandat de prélèvement + fournir un RIB)  
 Paiement en ligne TIPI - carte bleue

### Autorisations parentales

J'atteste sur l'honneur (cocher la case correspondante) :

- Avoir souscrit une police d'assurance complète de responsabilité civile extra-scolaire couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.
- Que mon (mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toutes les activités.
- Que mon (mes) enfants est/sont à jour de leur(s) vaccination(s).
- Avoir pris connaissance des règlements intérieurs et en accepter les conditions.
- Autorise la réalisation et la divulgation d'image(s) sur lesquelles mon (mes) enfants apparaîtrai(ent). Ces images pourront être utilisées par la Commune, pour tous supports d'information de la collectivité.
- Autorise les accompagnateurs et/ou responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, d'intervention chirurgicale et/ ou d'hospitalisation nécessaire à mon (mes) enfant(s).
- Autorise ,même à défaut d'inscription, les services municipaux à prendre en charge mon (mes) enfant(s).
- Autorise les professionnels du service périscolaire à consulter directement les éléments de mon dossier d'allocations familiales sur le site internet CDAP.
- Autorise le service Périscolaire à envoyer les factures par mail.

Fait à ....., le .....  
Signature :