

ENFANT

Nom : Prénom :
 Né(e) le : Né(e) à : Sexe : Masculin Féminin
 Etablissement fréquenté : En classe de :

LE FOYER

Situation familiale : Mariés Pacsés Union libre Veuf (ve) Célibataire/Parent isolé
 Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Profession : Profession :
 Mail : Mail :
 Tél. travail : Tél. travail :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Adresse du domicile :
 CP : Ville : Tél domicile :

Document à joindre pour les nouveaux arrivants ou en cas de déménagement : Justificatif de domicile

LE FOYER 2 (UNIQUEMENT SI PARENTS SEPARÉS)

Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Profession : Profession :
 Mail : Mail :
 Tél. travail : Tél. travail :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Adresse du domicile :
 CP : Ville : Tél domicile :

MODE DE GARDE (UNIQUEMENT SI PARENTS SEPARÉS)

Partagée Alternée Exclusive (préciser le parent):

Joindre un document spécifiant l'autorité parentale, le droit de garde, la répartition des charges et le planning de garde
 (décision de justice ; calendrier de garde)

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION (si non renseigné, le tarif le plus élevé s'appliquera)

Foyer 1 CAF (ou cas assimilé) MSA Autre N° allocataire :

Foyer 2 CAF (ou cas assimilé) MSA Autre N° allocataire :

Facturation unique Nom : Prénom :

Facturation alternée (famille séparée uniquement)

Nom responsable 1 : Semaine facturation : Paire Impaire

Nom responsable 2 : Semaine facturation : Paire Impaire

Document à joindre pour MSA ou régime de protection autre : dernier avis d'imposition

AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Sorties et Transports : J'autorise mon enfant à participer à des sorties extérieures et à utiliser les transports nécessaires (sous la surveillance d'un accompagnant) Oui Non

Publication photos : J'autorise la Ville de Guilers à prendre des photos ou des vidéos et à les utiliser ou les publier dans un but d'informations sur les activités municipales. Oui Non

Départ des enfants scolarisés en élémentaire : J'autorise mon enfant à sortir à la fin de l'activité Surveillance. Oui Non

N'oubliez pas de remplir le verso ➡

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant : Tél :

Vaccination (DT Polio) : Date du dernier rappel :

Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Régimes alimentaires – Allergies – Maladies :

Régime alimentaire Allergies alimentaires Autres (allergies non alimentaires, maladies...)

Précisez :

.....

.....

.....

.....

Documents à joindre :

Obligatoire pour tous : Copie des pages vaccinations du carnet de santé

Si régime alimentaire : courrier des parents au Maire

Si allergie ou maladie nécessitant un traitement durant le temps scolaire ou périscolaire : PAI à mettre en place

Votre enfant est-il en situation de handicap : Non Oui (Si reconnaissance officielle, préciser l'organisme) :

.....

Autres recommandations des parents (Antécédents médicaux, lunettes, appareillages, comportement, énurésie...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Compagnie d'assurance responsabilité civile : N° de contrat :

Il est fortement conseillé aux familles de vérifier auprès de leur compagnie d'assurance que leur contrat couvre l'ensemble des dommages corporels auxquels peuvent être exposés leurs enfants lors des activités.

ADULTES HABILITÉS A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en plus des parents de l'enfant)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	A contacter en cas d'urgence	
				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

✓ J'atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon enfant sont exacts.

✓ Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.

✓ Je m'engage à notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès du service éducation.

✓ J'autorise les services municipaux, les responsables des activités de la Ville de Guilers à prendre pour mon enfant toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

✓ J'atteste sur l'honneur avoir l'accord du deuxième parent de l'enfant (ayant l'autorité parentale) pour inscrire l'enfant aux services gérés par le pôle éducation de la Ville de Guilers.

✓ Je décharge la Ville de Guilers de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux d'accueil.

La signature de ce document équivaut à l'acceptation des règles de fonctionnement du service (disponible sur le site de la ville)

Signature du ou des représentant(s) légal(aux) :

Date :

Mairie de Guilers

16 rue Charles de Gaulle 29820 GUILERS

02 98 37 37 37 periscolaire@mairie-guilers.fr