



DOSSIER D'INSCRIPTION

ALP-RESTAURANT SCOLAIRE-T.A.P

Année Scolaire 2017/2018

(A remplir même pour les présences occasionnelles.)
1 dossier d'inscription par enfant

⇒ **Votre enfant ne pourra pas être accepté, en restaurant scolaire, en ALP et en T.A.P sans ce dossier complet.**

ENFANT

Nom _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Né(e) le : _____ à _____

Classe : _____ Nom de l'enseignant : _____

<u>PÈRE</u>				<u>MÈRE</u>			
Nom :		Prénom :		Nom :		Prénom :	
Adresse :				Adresse :			
Téléphone domicile :				Téléphone domicile :			
Téléphone portable :				Téléphone portable :			
Adresse mail :				Adresse mail :			
Profession :				Profession :			
Téléphone travail :				Téléphone travail :			

SITUATION :

- Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf ou veuve Concubinage
 Célibataire

⇒ Joindre la photocopie du jugement de garde en cas de séparation ou de divorce (obligatoire)

ET/OU TUTEUR LÉGAL (s'il y a lieu)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____

Adresse mail _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Veillez cocher le régime d'appartenance :

CPAM MSA Autres précisez.....

N° d'allocataire CAF obligatoire :..... (Sinon joindre le dernier avis d'imposition)

Indispensable pour la facturation régulée.

À défaut, la tranche de facturation la plus haute sera appliquée.

Nom et numéro de votre compagnie d'assurance :.....

N° de responsabilité civile :.....

⇒ Joindre l'attestation de la responsabilité civile. (Obligatoire)

RESTAURANT SCOLAIRE :

(Aucune modification en cours d'année)

Ne cocher qu'une seule case.

Menu «STANDARD » Menu « SANS PORC » Menu « VÉGÉTARIEN»

Allergie alimentaire : Oui Non

Si oui, préciser l'allergie :

⇒ Joindre un certificat du médecin

PLAN D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

L'enfant bénéficie-t-il déjà d'un Projet d'Accueil Individualisé? Oui Non

avec panier repas ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

⇒ Remplir la fiche sanitaire de liaison ci-jointe + joindre la photocopie du carnet de vaccinations.

PERSONNES À CONTACTER SI LES PARENTS DE L'ENFANT NE SONT PAS JOIGNABLES :

Noms Prénoms	En qualité de	N° téléphone (obligatoire)

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MON ENFANT À L'ALP et à la sortie des T.A.P:

(la personne devra se munir de sa pièce d'identité)

*Toute personne n'étant pas inscrite sur cette liste ne sera pas autorisée à récupérer l'enfant.

Noms Prénoms	En qualité de	N° téléphone (obligatoire)	Préciser si la personne est mineure.

DROIT À L'IMAGE :

Je déclare autoriser l'ALP les Pitchounets ou tout autre photographe professionnel missionné par la Ville à photographier, à filmer mon enfant et à reproduire ces images sur les supports d'information et de communication de leur choix pour l'année scolaire 2016-2017 : Oui Non Oui sauf site internet.

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e) : Nom : _____ Prénom : _____

autorise les animateurs à prendre toutes les mesures d'urgence (soins médicaux, appel pompiers, SAMU, hospitalisation) en cas de maladie ou d'accident survenant à mon enfant _____ durant sa présence à l'ALP, aux T.A.P ou au restaurant scolaire.

La famille est immédiatement avertie par la directrice.

AUTORISATION de SORTIE DE L'ENCEINTE de l'ALP:

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant,
Nom et Prénom : _____ autorise mon enfant à participer à toutes les sorties en lien avec les animations organisées par l'ALP les Pitchounets sur la commune de Puisserguier.

Je consulterai le programme d'animations ainsi que les indications sur le tableau d'informations quotidiennes de l'ALP qui m'indiqueront les sorties prévues.

Fait à _____ le _____

Signature :

Pour que l'inscription soit prise en compte, il faut ramener ce dossier à la mairie

10 Bld de Jean Jaurès
34620 Puisserguier
☎04-67-93-74-02

Avec les documents suivants :

- ⇒ La photocopie du jugement de garde en cas de séparation ou de divorce.
- ⇒ La responsabilité civile en cours de validation.
- ⇒ La fiche sanitaire de liaison.
- ⇒ La photocopie du carnet de vaccinations. (Pour les enfants de maternelle)
- ⇒ Feuille d'imposition (si pas de N° allocataire CAF).
- ⇒ Certificat médecin (si allergie).

Merci de nous signaler tous changement (numéro de téléphone,...) au cours de l'année scolaire.

Je soussigné(e) _____, responsable légal de ou des enfants _____ certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur cette feuille d'inscription. Et reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'ALP les pitchounets, du restaurant scolaire, des **T**emps d'**A**ctivités **P**ériscolaire (T.A.P) et de les approuver.

Fait à _____

le : _____

Signatures :