

INSCRIPTION ENFANT(S)

SAISON 2018/2019

VALABLE du 1/09/18 au 31/08/19

Autorisations :

Je, soussigné-e, (nom du parent/tuteur légal) : autorise :

- Le personnel à sortir mon/mes enfants(s) de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe, ainsi qu'à transporter ou faire transporter mon/mes enfant(s) dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties de groupe Oui Non

- Le personnel à administrer à mon/mes enfant(s) les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance. Autorise le personnel à administrer à mon/mes enfant(s) des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38.5° et selon le protocole de l'établissement Oui Non

- L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon/mes enfant(s) (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie...) Oui Non

- L'association à utiliser mes coordonnées téléphoniques afin de constituer un listing de personnes intéressées pour organiser un covoiturage à destination des enfants de l'accueil de loisirs et à le diffuser entre parents. Oui Non

Personnes autorisées à venir chercher votre-vo(e)s enfant-s :

En cas de séparation, de divorce ou de situation particulière, fournir la copie du jugement donnant la garde de l'enfant.

Nom Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté
.....
.....
.....
.....

Nous ne pourrions laisser une personne qui n'est pas inscrite partir avec votre-vo(e)s enfant-s. Les personnes doivent se présenter avec une pièce d'identité.

DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION :

- Fiche sanitaire à remplir ainsi que tout PAI ou ordonnance nécessaire à la santé des enfants
 - Le carnet de santé avec les vaccinations à jour
- L'inscription ne sera validée qu'à réception du règlement

Je, soussigné-e :
 certifie exact tous les renseignements portés sur ce document.
 J'atteste avoir lu, compris et être en accord avec le règlement intérieur qui m'a été transmis.

Date :

Signature :

INSCRIPTION FAMILLE

SAISON 2018/2019

VALABLE du 1/09/18 au 31/08/19

PARENT 1

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

✉ email :

☎ Téléphone :

☎ Bureau :

Activité(s) pratiquée(s) au Centre Social :

.....

PARENT 2 :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

✉ email :

☎ Téléphone :

☎ Bureau :

Activité(s) pratiquée(s) au Centre Social :

.....

ENFANT 1 : NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ECOLE:

ENFANT 2 : NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ECOLE:

ENFANT 3 : NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ECOLE:

FURNIR OBLIGATOIREMENT un justificatif de QF que nous conserverons dans nos dossiers

Nom de l'allocataire CAF :

N° d'allocataire CAF :

Autre régime :

Quotient Familial (sans justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué) :

Les personnes non allocataires CAF sont tenus de fournir un avis d'imposition de l'année n-1 sur les revenus de l'année n-2.

Autorisation d'utilisation de Caf Partenaire : OUI NON

Je, soussigné-e, (nom du parent/tuteur légal) :
 autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs.

Je, soussigné-e :, tuteur légal des enfants, certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le CSPG à conserver les justificatifs fournis.

Date :

Signature :