**Situation de famille DOSSIER ENFANCE/JEUNESSE **

**photo**

**Situation de famille\* : Obligatoire pour toutes inscriptions**

**Personne exerçant l’autorité parentale\*\* : pour l’accueil de votre enfant lors des garderies du matin,**

**\*célibataire-Marié (e)-Pacsé (e)-Divorcé (e)-Vie maritale-Séparé- Parent isolé (e)-veuf (veuve) du soir, et de l’accueil du mercredi. Année scolaire 2024/2025**

 **ACCUEIL GARDERIE MATIN 🞎 ACCUEIL GARDERIE SOIR 🞎**

**\*\*Dans le cas ou seul un des parents exercerait l’autorité parentale ou dans le cas d’une ACCUEIL DU MERCREDI INSCRIPTION 🞎**

**Limitation du droit de garde décidée par le juge, c’est au parent qui a la garde pleine et entière**

**De prendre ses dispositions pour faire connaître au centre cette décision de justice. Merci. Validation des services de la mairie : (dossier Complet) 🞎**

**🞎 Mon Père et/ou 🞎Ma Mère N° Allocataire CAF……………………………………….**

**Ma Mère : MOI : Nom et Prénom :……………………………………………………………………………...**

**Coordonnées de l’employeur : Date de Naissance :…………………………………………………………………………………….**

**Nom/adresse/téléphone : Lieu de Naissance :……………………………………………………………………………………..**

 **Classe et commune de l’école :……………………………………………………………………**

**Mon Père :**

**Coordonnées de l’employeur :**

**Nom/adresse/téléphone : Ma Mère : Nom/Prénom…………………………………………………Née le…………………**

 **TEL Fixe/Portable :………………………………………………………………………………….….**

 **TEL Travail/Urgences :…………………………………………………………………………..…...**

**Afin que votre inscription soit prise en compte, merci de nous retourner le présent Adresse mail :……………………………………………………………………………………………..**

**Dossier accompagné des pièces obligatoires suivantes : Adresse postale :………………………………………………………………………………………..**

**• Une photo Mon Père : Nom/Prénom……………………………………………Né le………………………**

**• Une attestation d’assurance extrascolaire, TEL Fixe/Portable :………………………………………………………………………………………**

**• Une photocopie du carnet de vaccinations à jour, TEL Travail/Urgences :………………………………………………………………………………..**

**• L’inscription implique l’acceptation du règlement. Adresse mail :……………………………………………………………………………………………..**

 **Adresse postale :…………………………………………………………………………………………**

**DATE Signature (s) du ou des représentants légaux.**

**Renseignements relatifs à la facturation et au paiement : Je soussigné (e),………………………………………………………………………….**

**Facturation : les factures seront envoyées sur le portail famille •autorise mon enfant……………………………………….……….à participer**

**Paiement par PRELEVEMENT AUTOMATIQUE\* A toutes les activités (piscine, sorties hors commune, etc..) avec les moyens appropriés tel que car, bus, marche à pied.**

 **•autorise que mon enfant soit photographié(e) seul (e)ou en groupe 🞎**

**\*Fournir un RIB et signer le mandat de prélèvement SEPA Signature (s)**

**Personnes autorisées à venir me chercher et autres autorisations parentales** **Renseignements médicaux, indications alimentaires et autres**

 **autorisations parentales**

**Indiquer les noms et coordonnées téléphoniques des personnes majeures Indiquer tous les renseignements médicaux que vous jugez utiles**

**Autorisées à venir chercher votre enfant. de nous faire connaître : maladies, interventions chirurgicales,**

**Dans le cas d’une personne mineure une décharge de responsabilité est allergies, port de lunettes, régimes alimentaires, autres**

**à établir sur papier libre par le représentant légal. Indications alimentaires.**

**Nom/Prénom :**

**Lien de Parenté :**

**N° de Téléphone :**

**Nom/Prénom :**

**Lien de Parenté :**

**N° de Téléphone :**

 **Groupe Sanguin § Rh : 🞎**

 **Régime sans porc : 🞎**

 **Nom et téléphone du Médecin Traitant : ……………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **J’autorise, en cas de problème médical que mon enfant soit pris en charge par**

**Nom/Prénom :**

**Lien de Parenté :**

**N° de téléphone :**

 **Les services du SAMU et/ou des pompiers pour le transport en urgence à l’hôpital le plus proche.**

 **Signature(s)**