



FICHE D'INSCRIPTION 2018 / 2019

ENFANTS et ADOS

Date de fin de validité assurance :

ENFANT

NOM : PRENOM :
Date de naissance :/...../..... Sexe : F M
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui non

Responsable de l'enfant

NOM :
Prénom :
Adresse :
N° tél domicile :
Employeur :
N° Tél travail :
N° Portable :
Email :

Catégorie professionnelle (Cochez la case correspondante)

- Agriculteur Profession intermédiaire
Artisan, commerçant, chef d'entreprise
Cadre/ Employé Ouvrier
Retraité Sans activité professionnelle

QF :
Situation familiale :

Conjoint (e)

NOM :
Prénom :
Adresse (Si différente):
N° tél domicile :
Employeur :
N° Tél travail :
N° Portable :
Email :

Catégorie professionnelle (Cochez la case correspondante)

- Agriculteur Profession intermédiaire
Artisan, commerçant, chef d'entreprise
Cadre Employé Ouvrier
Retraité Sans activité professionnelle

N° Allocataire C.A.F ou MSA :
Nombre d'enfants à charge :

Nous vous informons que nous utilisons CAF PRO pour calculer le quotient familial.

*Petite
Enfance*

de 0 à 3 ans
▪ **Eveil et Conte**

Ateliers de chansons et de motricité

Ouvert aux enfants accompagnés de leurs parents, grands parents ou assistantes maternelles

Le lundi de :
09h45 à 11h15

ACTIVITÉS

*Accueil
de Loisirs
Secteur*

De 3 à 17 ans

- Mercredis
▪ Vacances :

*Autres
Activités*

- **Anglais :**
▪ **Atelier créatif :**
(adultes/enfants à partir de 10 ans)
▪ **Atelier parents/enfants :**
▪ **Bibliothèque :**
▪ **Cantine :**
▪ **Garderie :**
▪ **Sortie familles:**
▪ **Zumba (+ de 14 ans)**
▪ **Autre**

Pièces à joindre :

- Fiche sanitaire (pour les mineurs) → 1 photo d'identité
→ Attestation d'assurance extra scolaire 2018/2019 → PASS ALSH
→ Feuille d'imposition ou de non imposition (pour les cosnacais et enfants scolarisés à Cosnac) ou N° Allocataire CAF → Carnet de santé

PERSONNES HABILITÉES À PRENDRE MON ENFANT

NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :

AUTORISATIONS DIVERSES



Urgences médicales :

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom*).....
responsable légal de autorise le
personnel du Centre municipal Adrien Teyssandier à prendre toute mesure d'urgence que
nécessiterait l'état de santé de mon enfant (soins à l'hôpital, anesthésie, opérations chirurgicales...)

Signature :



Activités-Transport : autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le Centre municipal Adrien Teyssandier et à prendre le bus (ou mini-bus) si nécessaire.

Oui Non



Droit à l'image : autorise le personnel à photographier ou à filmer mon enfant et à utiliser l'image sur support photographique ou informatique dans le cadre de la présentation des activités du Centre municipal Adrien Teyssandier dans la presse, le site Internet, expositions...

Oui Non



Arrivée, départ : Je soussigné (e) Madame, Monsieur.....représentant légal de..... autorise ma fille/ mon fils à venir seul (e) au Centre municipal Adrien Teyssandier et à rentrer seul (e) à notre domicile.

Oui Non

Je déclare avoir pris connaissance de l'ensemble du **règlement intérieur**. J'ai apporté une attention toute particulière à **l'article 2** précisant les **conditions d'inscription et d'annulation** de la participation aux activités et je m'engage à le respecter, ainsi qu'à **l'article 7** qui m'informe que les **tarifs sont définis annuellement** (*de janvier à décembre*) par délibération du Conseil Municipal.

Le/...../.....

Signature :