mairie de Cosnac

ESPACE MUNICIPAL Adrien TEYSSANDIER

05.55.92.82.97 centreteyssandier@commune-cosnac.fr

Photo

Réservé à l'administration

Date échéance

Assurance :……

FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027

Enfants et Ados

ENFANT

NOM :…… **PRENOM :**……

Date de naissance :……/……/…… **Sexe :** F ☐ M ☐

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui ❒ non ❒

Responsable légal 1 de l'enfant

NOM: ……

Prénom: ……

Adresse : ……

……

Date de naissance: ……/……/……

N° tél portable : ……

N° tél domicile : ……

Employeur : ……

N° Tél travail :……

Email :……

N° Allocataire C.A.F ou M.S.A : ……

Situation familiale :……

Enfants à charge :……

Catégorie professionnelle (Cochez la case correspondante)

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

Responsable légal 2 de l'enfant

NOM: ……

Prénom: ……

Adresse (si différente) **:** ……

……

Date de naissance: ……/……/……

N° tél portable : ……

N° tél domicile : ……

Employeur : ……

N° Tél travail :……

Email :……

N° Allocataire C.A.F ou M.S.A : ……

Situation familiale (si différente) **:**……

Enfants à charge (si différent) **:**……

Catégorie professionnelle (Cochez la case correspondante)

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

Nous vous informons que nous pouvons consulter la base allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales de la Corrèze (CDAP) pour accéder aux informations, afin de calculer le quotient familial (QF) qui vous sera appliqué.

DOCUMENTS A FOURNIR			
Fiche sanitaire	❒	**PASS ALSH** (réductions journalières CAF)	❒
1 photo récente	❒	**Carnet de santé** (photocopie vaccins)	❒
Attestation d'assurance extrascolaire 2026/2027	❒	**Si non allocataire C.A.F** **Dernier Avis d'imposition sur les revenus** *(Pour les cosnacois, chapellois et enfants scolarisés à Cosnac)*	❒

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 :……..…

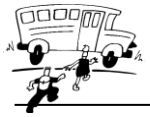
AUTORISATIONS DIVERSES

Urgences médicales

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom)*……,
responsable légal de ……..
Atteste que mon enfant accidenté ou malade pourra être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

Signature :

Activités-Transport : autorise mon enfant à participer aux activités organisées par la municipalité et à prendre le bus ou le mini-bus (si nécessaire)



Oui ❒ Non ❒

Droit à l'image : autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à utiliser l'image, l'enregistrement pour la présentation des activités de l'Espace Municipal Adrien Teyssandier dans la presse, le site Internet communal, des expositions…

Oui ❒ Non ❒

Arrivée, départ (pour les enfants à partir de 8 ans révolus) :

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom)*……..
responsable légal de ……autorise ma fille/ mon fils
à venir seul (e) aux différentes activités : Oui ❒ Non ❒
à partir seul (e) : Oui ❒ Non ❒

Je déclare avoir pris connaissance :

- des règlements **intérieurs** (des 3 pôles de l'Espace Municipal A. TEYSSANDIER). J'ai apporté une attention toute particulière à l'article précisant les **conditions d'inscription et d'annulation** de la participation aux activités et je m'engage à le respecter)
- Des **tarifs définis** par délibération du Conseil Municipal.

Le ……../……/…….. **Signature :**

Remarque : Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée par le Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données en contactant Monsieur le Maire à l'adresse suivante : maire@commune-cosnac.fr