



FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES - ANNÉE SCOLAIRE 2024 / 2025 SAINT MICHEL LE CLOUCQ – ECOLE DE LA FONTAINE



En cas de garde alternée, il faudra fournir un dossier par parent

LA FICHE NE SERA PAS TRAITÉE SI TOUTES LES RUBRIQUES NE SONT PAS IMPÉRATIVEMENT RENSEIGNÉES
LE RENOUVELLEMENT DES DOSSIERS EST OBLIGATOIRE A CHAQUE RENTRÉE SCOLAIRE

Cadre réservé à l'administration

Montant QF : Prlvmt : *oui / non* Semaines P/ I : Repas J1 : .../.../....
 Ass RC : .../.../.... Ass IA : .../.../.... Vaccins : Maphav : *oui / non*
 Sortir seul : *oui / non* Bus : *oui / non* Droit image : *oui / non* Rglemt signé : *oui / non*
 Santé/PAI/allergie/ss porc :

ENFANT(S) SCOLARISÉ(S) concerné (s) par l'inscription :

NOM	Prénom	Sexe G-F	Né(e) le :	Classe (Septembre 2024)
			_ _ / _ _ / _ _	
			_ _ / _ _ / _ _	
			_ _ / _ _ / _ _	

PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'enfant : (inscrire au moins une personne autre que les parents, que l'on puisse joindre facilement en cas de besoin, Indiquer par ordre de priorité, ne pas oublier les grand.e.s frères et sœurs)

- ① - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ② - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ③ - NOM : Prénom(s) :
 Lien avec l'enfant : Commune de résidence :
 Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SERVICES PÉRISCOLAIRES :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	EXCEPTIONNEL	JAMAIS
RESTAURANT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser pour le restaurant scolaire, la date du premier repas :
 Préciser si régime alimentaire particulier (exemple sans porc) :

AFFILIATION DES ENFANTS AU RÉGIME SÉCURITÉ SOCIALE :

Rattachement du (ou des) enfant(s) :

- MSA CAF Vendée CAF autre dpt Autre régime Rien

Montant du QF : N° d'allocataire : Nom d'allocataire :

Pour la tarification sociale, merci de fournir un justificatif (Attestation CAF ou à défaut le dernier avis d'imposition).
 Si changement caf en cours d'année, préciser changement et fournir justificatif.

FACTURATION : Responsable 1, Nom : Prénom :
 Prélèvement automatique ou Chèque en trésorerie, CB via Payfip ou Espèce / CB chez un buraliste habilité
 Responsable 2, Nom : Prénom :
 Prélèvement automatique ou Chèque en trésorerie, CB via Payfip ou Espèce / CB chez un buraliste habilité

*En cas de prélèvement automatique, si changement de RIB uniquement :
 fournir le nouveau RIB accompagné du mandat SEPA (téléchargeable sur le site internet) complété*

RESPONSABLES LÉGAUX :

RESPONSABLE 1 - AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) :

Nom d'usage : Prénom(s) :
Adresse :
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :
Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Profession :
Mail : Autorité parentale : Oui Non

RESPONSABLE 2 - AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) :

Nom d'usage : Prénom(s) :
Adresse :
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :
Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Profession :
Mail : Autorité parentale : Oui Non

RESPONSABILITÉ CIVILE / ASSURANCE :

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel.

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle accident : Oui Non
Numéro de police : Numéro de police :
Compagnie d'assurance : Compagnie d'assurance :
Numéro de téléphone : Numéro de téléphone :
Date d'échéance : Joindre une attestation d'assurance à la mairie (prévoir un double pour l'école).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

(Informations particulières sur lesquelles les responsables légaux souhaitent attirer l'attention de la collectivité)

Situation particulière (semaines paires ou impaires pour parents séparés, placement en famille d'accueil, troubles de comportement, ou garde exclusive par exemple) :

AUTORISATIONS :

- Autorise mon(mes) enfant(s) (plus de 8 ans) à quitter l'école seul à 16h30
 à quitter seul l'accueil périscolaire àh.....
- Autorise la diffusion de photographies sur lesquelles figure mon(mes) enfant(s).
Cette autorisation est valable : pour l'édition de documents de nature pédagogique, pour des expositions relatives à l'accueil, pour les journaux d'information locale, pour la publication sur le site internet de la commune ou sur son Facebook.
- Autorise mon(mes) enfant(s) à se rendre à la Maphav dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire.
- Autorise le personnel d'encadrement des services municipaux à faire soigner mon(mes) enfant(s), à faire pratiquer toute intervention d'urgence, à le(les) faire transporter à l'hôpital du secteur par les services de secours.

Merci d'apposer la signature des 2 responsables

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

ENGAGEMENT :

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant désignés ci-dessus, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, approuvons après en avoir pris connaissance l'ensemble des dispositions des règlements intérieurs portés à notre connaissance et demandons l'inscription aux services périscolaires de la commune de Saint Michel le Cloucq de cet (ces) enfant(s) selon les modalités définies dans ce document. Nous nous engageons à informer la commune de tout changement en cours d'année scolaire. Nous autorisons la Mairie à consulter nos données ressources en se connectant au service « Mon Compte Partenaire » CAF, en utilisant notre numéro d'allocataire. Nous reconnaissons avoir été informé que les données personnelles recueillies nous concernant ne seront utilisées que pour mener à bien nos demandes. Nous acceptons que les données personnelles fournies soient utilisées et conservées selon la réglementation, dans ce cadre.

Fait à, le

(Précédé de la mention manuscrite "Lu et approuvé, bon pour accord")

Merci d'apposer la signature des 2 responsables.

Responsable 1

Responsable 2

La commune de Saint Michel le Cloucq traite vos données à caractère personnel dans le cadre de votre dossier et ce conformément à la loi informatique et libertés (loi n°78.17 du 06/01/1978) et au règlement général à la protection des données (règlement UE 2016/679 du 25/05/2018) dans le cadre de l'obligation légale. Vos données personnelles sont conservées par le service habilité le temps nécessaire à la gestion de votre dossier et selon les critères en vigueur. Vous pouvez faire valoir vos droits d'accès, d'effacement, de rectification, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant la commune de Saint Michel le Cloucq, Place de la Mairie 85200 Saint Michel le Cloucq, smlc.mairie@orange.fr ou auprès de la CNIL.