

## INSCRIPTION

PERISCOLAIRE     EXTRASCOLAIRE



### INSCRIPTIONS de ou des enfants d'une même famille

1 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

2 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

3 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

4 - Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : G  F

Ecole ..... Classe .....

**La famille s'engage à informer la direction de l'accueil  
de toute modification intervenant durant l'année**

Communauté de Communes du Triangle Vert 70240 SAULX    enfance@cctv70.fr

**Accueil Périscolaire de Francheville Rue du Marquis de Mailly 70200 Francheville**

**périscolaire.francheville@cctv70.fr**

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS DE LA FAMILLE

## Représentant légal 1 ou assistant familial ou tuteur légal

Nom et prénom : ..... Qualité (père, mère, ...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre dans la journée :

Travail : ..... Portable : .....

## Représentant légal 2

Nom et prénom : ..... Qualité (père, mère, ...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre dans la journée :

Travail : ..... Portable : .....

## Régime

Allocataire CAF (régime général)  Régime Spécial (MSA ou Autre)  Sans Régime

Nom et prénom de l'allocataire : .....

N° allocataire (obligatoire pour la facturation) : .....

Bénéficiez-vous de « l'Aide aux Temps Libres » attribuée par la CAF :  Oui  Non

Si oui, joindre obligatoirement copie des Aides aux Temps Libres (ATL)

En cas de changement de quotient familial, il vous appartient d'en informer le centre.

Seul le mois en cours non facturé pourra être modifié.

## Assurance

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

Nom de la Compagnie d'Assurance : .....

N° de contrat : .....  Responsabilité civile  Individuelle accident

# SITUATION PARENTALE

Merci de préciser votre situation :

Marié(e)     Divorcé(e)     Union libre     Célibataire     Veuf/ Veuve

Parents séparés, qui a la charge de l'enfant ? .....

L'autre parent est-il autorisé à voir l'enfant ? .....

Est-il autorisé à le prendre à la sortie ? .....

(Merci de nous fournir un document officiel en cas d'interdiction d'un des parents de prendre en charge l'enfant)

Adresse de facturation :     Père     Mère     Autre (nom et adresse) .....

PERSONNES A CONTACTER en Cas d'Urgence (autres que les parents) :

Nom et adresse	Téléphone fixe/portable	Lien

## AUTORISATION

Personnes autorisées à prendre en charge mon enfant à la fin de journée (autres que les parents), 4 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable :

Nom et adresse	Téléphone fixe/portable	Lien

# AUTORISATIONS ET DECHARGES

## Autorisations diverses :

J'autorise le Centre :

- à consulter CAF PRO afin d'obtenir mon quotient familial :  OUI  NON
- à filmer et photographier mon enfant lors des activités pédagogiques et éventuellement laisser paraître l'image dans la presse ou sur le site internet de la CCTV :  OUI  NON
- l'équipe d'encadrement à maquiller mon enfant, dans le cadre des temps d'activité périscolaire :  
 OUI  NON

## Décharge :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du Centre de Loisirs,

je soussigné, ....., responsable de l'enfant ou des enfants ci-dessous :

Nom et Prénom de ou des enfant(s) .....

**AUTORISE** mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, sur le centre ou à l'extérieur y compris en déplacement en bus ou à pied.

**AUTORISE** les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

**AUTORISE** l'animatrice à intervenir comme elle le ferait pour son propre enfant et prévenir si elle le juge utile votre médecin ou le médecin le plus proche pour une intervention rapide.

**CERTIFIE** que mon enfant est bien couvert par une assurance responsabilité civile (pour les activités extrascolaires).

**CERTIFIE** que mon enfant est en capacité d'exercer toute activité physique et sportive qui pourrait être proposée dans le cadre des activités (dans le cas contraire, vous devez impérativement fournir un certificat médical de contre indications d'une pratique physique et sportive).

**CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**DECHARGE** les organisateurs de toutes responsabilités pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre.

Fait à ....., le .....

Signature

Faire précéder la signature de mention manuscrite  
«Lu et Approuvé »

## DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION ET A RETOURNER A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

- Dossier d'inscription dûment complété. Attestation d'Aide au Temps Libres (ATL) délivré par la CAF.
- Assurance responsabilité couvrant l'enfant lors des activités extrascolaires. Fiche sanitaire (recto verso) + fiche de vaccination.