

 **Tout changement de situation ou de coordonnées doit être signalé au service éducation**

Responsable n° 1: <u>Payeur</u> <i>(Responsable qui recevra les informations par SMS)</i> Madame ☐ Monsieur ☐ Nom : Prénom : Adresse : Code postal : ville : N° de mobile : N° fixe ou Travail :	☐ Célibataire ☐ Marié/Pacsé ☐ Divorcé/ Séparé ☐ autre ☐ CAF N° d'allocataire : ☐ Autre organisme : Nom de l'allocataire : <i>(si différent du payeur)</i> (QF révisable uniquement sur demande du payeur et effectif à partir du 1^{er} du mois suivant) QF : Hors Allonnes oui ☐ non ☐ (à remplir par le service enfance éducation) <u>Courriel</u> : Je souhaite recevoir la facture : par la poste ☐ par mail ☐ les 2 ☐
Responsable n°2 : Madame ☐ Monsieur ☐ Nom : Prénom : Adresse : Code postal : ville : N° de mobile : N° fixe ou Travail :	<u>Conjoint</u> Belle-mère ☐ Beau-père ☐ Nom : Prénom : Adresse : Code postal : ville : N° de mobile : N° fixe ou Travail :

<u>Enfant 1</u>	Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance : sexe : ☐ F ☐ M Ecole : Niveau/classe : Enseignant :
	<u>Accueil périscolaire</u> à partir de la petite section ☐ oui ☐ non <u>Restauration scolaire</u> : ☐ oui ☐ non <u>régime alimentaire</u> : ☐ sans régime particulier ☐ sans viande ☐ sans porc <u>En cas d'allergie alimentaire</u> : glacière ☐ oui ☐ non <u>Projet d'Accueil Personnalisé (PAI)</u> (rendez-vous avec médecin scolaire obligatoire) : ☐ oui ☐ non type de PAI : Médicament mis à disposition ☐ oui ☐ non <u>Notification Handicap MDPH</u> ☐ oui ☐ non ☐ en cours <i>(si oui fournir le document)</i>
<u>Enfant 2</u>	Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance : sexe : ☐ F ☐ M Ecole : Niveau/classe : Enseignant :
	<u>Accueil périscolaire</u> à partir de la petite section ☐ oui ☐ non <u>Restauration scolaire</u> : ☐ oui ☐ non <u>régime alimentaire</u> : ☐ sans régime particulier ☐ sans viande ☐ sans porc <u>En cas d'allergie alimentaire</u> : glacière ☐ oui ☐ non <u>Projet d'Accueil Personnalisé (PAI)</u> (rendez-vous avec médecin scolaire obligatoire) : ☐ oui ☐ non type de PAI : Médicament mis à disposition ☐ oui ☐ non <u>Notification Handicap MDPH</u> ☐ oui ☐ non ☐ en cours <i>(si oui fournir le document)</i>

Enfant 3	Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance : sexe : ☐ F ☐ M Ecole : Niveau/classe : Enseignant:
	Ecole : <u>Accueil périscolaire</u> à partir de la petite section ☐ oui ☐ non <u>Restauration scolaire</u> : ☐ oui ☐ non <u>régime alimentaire</u> : ☐ sans régime particulier ☐ sans viande ☐ sans porc <u>En cas d'allergie alimentaire</u> : glacière ☐ oui ☐ non <u>Projet d'Accueil Personnalisé (PAI)</u> (rendez-vous avec médecin scolaire obligatoire) : ☐ oui ☐ non type de PAI : Médicament mis à disposition ☐ oui ☐ non <u>Notification Handicap MDPH</u> ☐ oui ☐ non ☐ en cours (si oui fournir le document)

Décharge	☐ Je déclare que (prénom 1) (prénom 2) (prénom 3) rentrera (ont) seul(s) le soir après l'accueil périscolaire à partir de (heure) :
	☐ Je déclare que (prénom 1) (prénom 2) (prénom 3) pourra (ont) être raccompagné(s) par les personnes suivantes (en dehors des parents)
	M/Mme : Téléphone : Lien :
	M/Mme : Téléphone : Lien :
	M/Mme : Téléphone : Lien :
Attention : Je décharge la collectivité de toute responsabilité après remise de mon ou mes enfant(s) à l'une des personnes ci-dessus.	

Autorisation	✓ <u>J'autorise</u> la ville d'Allonnes à utiliser sur tous les supports de communications toute photo ou vidéo réalisée dans le cadre des activités scolaires et périscolaires ☐ oui ☐ non
	✓ <u>J'autorise</u> le service enfance éducation à accompagner, le cas échéant, mon ou mes enfant(s) vers les différents lieux situés en dehors de l'enceinte scolaire ☐ oui ☐ non
	✓ <u>J'autorise</u> le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée en cas d'urgence toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie sur mon ou mes enfant(s) ☐ oui ☐ non

Données sanitaires	Nom du médecin traitant : Téléphone :
	✓ J'atteste que mon ou mes enfant(s) est (sont) à jour dans les vaccins : (1 signature pour chaque enfant)
	Prénom 1 : ☐ oui ☐ non <u>Signature :</u>
	Prénom 2 : ☐ oui ☐ non <u>Signature :</u>
	Prénom 3 : ☐ oui ☐ non <u>Signature :</u>

Engagements	☐ J'ai bien pris connaissance du nouveau règlement intérieur lors de l'inscription
	☐ Je m'engage à respecter les horaires de l'accueil périscolaire
	☐ Je m'engage à transmettre toutes les informations dans le cadre de la mise en œuvre d'un PAI
	☐ Je certifie que mon ou mes enfant(s) est / sont couvert(s) par une assurance responsabilité civile
	☐ Je m'engage à signaler au service enfance éducation toutes les informations nécessaires à la bonne prise en charge de mes enfants.

Je soussigné (e) certifie l'exactitude des renseignements fournis par mes soins dans ce dossier et m'engage à signaler toute modification au service éducation.	
Date signature du représentant légal.	