



FICHE D'INSCRIPTION

Périscolaire et extra-scolaire 2023/2024



santé
famille
retraite
services



Je souhaite inscrire mon enfant pour :

Fiche à rendre en mairie ou par mail : acm.estissac@gmail.com ou sur site au 2 rue de la mairie

- l'Accueil de Loisirs extra-scolaire (vacances scolaires)
- l'Accueil de Loisirs extra-scolaire (mercredi)
- l'Accueil périscolaire (garderie matin/midi/soir)
- la restauration périscolaire (cantine) : lundi mardi jeudi vendredi

Horaires périscolaire et extra-scolaire : 7h15/18h30

Nom de l'enfant Prénom

Date de naissance Age Classe

Adresse

N° allocataire CAF ou MSA..... Quotient familial

Représentant légal 1 : facturation OUI NON (En cas des partages des factures :
Contacter nos services)

Nom et prénom

Autorité parentale oui non

Adresse :

Tél. domicile Tél. portable

Mail.....

Représentant légal 2 : facturation OUI NON

Nom et prénom

Autorité parentale oui non

Adresse :

Tél. domicile Tél. portable

Mail.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (NOM - Prénom - Téléphone)

.....

.....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence (NOM - Prénom - Téléphone)

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

- accepte que mon enfant soit photographié et que les images soient diffusées :

oui non

- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à le

Signature

Pièces à fournir

- o Attestation d'assurance
- o Photocopie de la page vaccination du carnet de santé
- o Justificatif de votre Quotient familial délivré par la CAF ou la MSA
(sans ce justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Représentant légal 1 :

Nom, prénom et téléphone :
.....

Représentant légal 2 :

Nom, prénom et téléphone :
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom, prénom et téléphone:

Médecin traitant

Nom et téléphone:

Assurance

Nom et n° :

♦ Problème de santé à signaler au service d'accueil municipal :

.....

♦ En cas de traitement particulier, joindre une photocopie de l'ordonnance et indiquer les précautions à prendre :

♦ L'enfant bénéficie-t-il d'un régime alimentaire spécial ? oui non

Si oui fournir toutes les précisions à ce sujet :

Je soussigné(e)
responsable de l'enfant
autorise le personnel à faire procéder **en cas d'extrême urgence** (arnica-anigel) aux actes médicaux nécessaires.
Fait à le Signature

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires et font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi des réservations et du paiement du service. Les destinataires des données sont la Commune d'Estissac et indirectement son comptable public (responsable du traitement : Monsieur le Maire d'Estissac).

Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'Accueil collectif de mineurs d'Estissac :