



# FICHE D'INSCRIPTION

## Périscolaire et extra-scolaire 2024/2025



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-arnigel) aux actes médicaux nécessaires.

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 :