



DOSSIER FAMILLE UNIQUE

ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

SERVICES PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

Valable du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2019

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

NOM DE FAMILLE :
NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT (si différent) :

Nom de l'enfant	Prénom	Ecole	Classe

En cas de garde alternée, merci de cocher :
<input type="checkbox"/> Mère semaines paires / Père semaines impaires
<input type="checkbox"/> Mère semaine impaires / Père semaines paires
Informations complémentaires (ex : récupération par la mère le vendredi de la semaine du père...).

Pièces à joindre au dossier

- ✓ La fiche d'inscription (périscolaire, extrascolaire ou les 2)
- ✓ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ✓ Fiche sanitaire et copie du carnet de vaccination à jour
- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ✓ Attestation CAF ou MSA mentionnant votre quotient familial (ou copie du dernier avis d'imposition)
 - Et le cas échéant :
 - Jugement de séparation ou de divorce fixant les modalités de garde le cas échéant
 - Attestation d'aide (comité d'entreprise, conseil départemental)
 - Protocole PAI de l'enfant

Je m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Le simple fait de participer aux activités de l'accueil de loisirs implique l'acceptation du règlement intérieur.

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITE : Les informations personnelles recueillies dans ce formulaire sont obligatoires pour permettre l'inscription de votre enfant au service d'accueil périscolaire et extrascolaire. Elles sont réservées à l'usage exclusif de ce service dans le cadre de ses échanges avec vous, sans jamais pouvoir être rendues publiques. Quel que soit le prestataire chargé par la commune de recueillir ces inscriptions et de gérer le service, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Jusqu'au 31 août 2018, la commune charge l'IFAC de ce recueil et de cette gestion. À compter du 1er septembre, la commune charge Léo Lagrange de ces mêmes missions. Pour plus d'informations : <ul style="list-style-type: none">- jusqu'au 31 août 2018 : XX au XX XX XX XX ou XX@XX.fr.,- à partir du 1er septembre : XX au XX XX XX XX ou XX@XX.fr. En signant cette demande d'inscription, j'accepte que les données contenues dans ce dossier et ses annexes soient enregistrées numériquement et soient transférées par l'IFAC à LEO LAGRANGE CENTRE-EST pour permettre la continuité du service public au 1er septembre 2018.

Date :

Signatures des responsables légaux :

Renseignements 1 ^{er} enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	
Compagnie d'assurance :	N° de police d'assurance :
Médecin traitant :	Téléphone du médecin :

Renseignements 1 ^{er} enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	
Compagnie d'assurance :	N° de police d'assurance :
Médecin traitant :	Téléphone du médecin :

Renseignements 3 ^e enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	
Compagnie d'assurance :	N° de police d'assurance :
Médecin traitant :	Téléphone du médecin :

Renseignements 4 ^e enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	
Compagnie d'assurance :	N° de police d'assurance :
Médecin traitant :	Téléphone du médecin :