



FICHE D'INSCRIPTION

ACCUEILS PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES DU JARNISY

MULTI SITES

Communauté de Communes
des Pays de Briey, du Jarnisy
et de l'Orne

Enfant Inscrit

Nom :

Prénom :

Né (e) le :

Age :

Si naissance multiple (indiquez le rang) :

1 2 3 4

Sexe : Masculin

Féminin

Ecole :

Classe :

COORDONNEES FAMILLE

Nom – Prénom du Père :

Adresse :

Tél Fixe :

Tél Portable :

E-mail :

Responsable Légal de l'Enfant : OUI NON

Profession :

Employeur :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Quotient Familial en cours : Euros (justificatif joint)

Etes-vous d'un régime particulier ? : MSA Luxembourg ou Belgique

AUTRES (précisez) :

Nom – Prénom de la Mère :

Adresse :

Tél Fixe :

Tél Portable :

E-mail :

Responsable Légal de l'Enfant : OUI NON

Profession :

Employeur :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Quotient Familial en cours : Euros (justificatif joint)

Etes-vous d'un régime particulier ? : MSA Luxembourg ou Belgique

AUTRES (précisez) :

DÉCLARATION ET AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (personne responsable) :, certifie inscrire mon enfant : à l'accueil périscolaire/extrascolaire du Jarnisy, de la Communauté de Communes des Pays de Briey, du Jarnisy et de l'Orne, suivant la ou les fiches annexées ci-jointes.

J'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil, dont une adhésion obligatoire famille par année scolaire d'un montant de 8€ minimum.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, notamment les activités nautiques.

J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif (bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.

J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre de l'accueil périscolaire et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant : -----

Fait à, le, Signature personne responsable :

AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) nom, prénom :

Agissant en qualité responsable légal (e)

De l'enfant :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :/...../.....

- Autorise mon enfant à quitter seul le ou les Accueils
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul le ou les Accueils
- J'autorise la ou les personnes (de plus de 16 ans) suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
1				
2				
3				
4				

Observations particulières :

Le :

Signature :