



FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE FROMENTIERES Année scolaire 2018-2019

PARENTS

NOM

Prénom

Monsieur

Madame (Nom de J. fille)

Adresse

Commune

CP

Tél fixe

Tel joignable rapidement

adresse mail

Situation de famille

Marié

pacsé

Divorcé

Maritalement

Numéro de sécurité sociale (couvrant l'enfant)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RENSEIGNEMENTS POUR LA CAF – MSA - AUTRES

Nombre d'enfants à charge

Régime :

C.A.F

M.S.A

AUTRES (à préciser)

Numéro d'allocataire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom

Prénom(s)

Date de naissance

Fréquentera :

Régulièrement

Occasionnellement

Planning

L'accueil périscolaire

Matin

Soir

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

EMPLOYEURS

Père :

Tél :

Mère :

Tél :

TARIFICATION (revenu fiscal de référence mensuel)

- tranche 1 (revenu <1 500 €)
- tranche 2 (de 1 500 € à 3 000 €)
- tranche 3 (> à 3 000 €)
- COMMUNES EXTERIEURES CCBC

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Nom et adresse des personnes habilitées à reprendre l'enfant au périscolaire à la place des parents :

Le père, la mère, le tuteur légal, soussigné :

→ inscrit son enfant, après avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la structure d'accueil.

A compter du :

→ autorise l'enfant désigné sur la présente fiche à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du projet Pédagogique ainsi qu'à l'ensemble des sorties organisées par le personnel.

→ autorisent les animateurs à prendre mes enfants en photographie dans le cadre du centre.

→ autorisent la publication sur le site internet de la Communauté de Communes de la Brie Champenoise, pour une durée de plusieurs années afin de conserver en mémoires les activités menées au centre ;

Je peux à tout moment faire retirer les photographies du site internet, en adressant un courrier à la directrice ;

n'autorisent pas la publication

EN CAS D'URGENCE

Médecin à prévenir de préférence :

Tél :

Lieu médical souhaité en cas d'urgence (Hôpital ou Clinique) :

En cas d'urgence, je soussigné, M. ou Mme autorise le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale avec anesthésie générale sur mon enfant désigné ci-dessus,

« LU ET APPROUVE »

Fait à :

Le :

Signature du Père, de la Mère ou du tuteur légal :