

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COMPOSITION DU FOYER ACTUEL DE L'ENFANT

REPRÉSENTANT N°1 DE LA FAMILLE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone du domicile : Portable :

Email :

LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :			SITUATION FAMILIALE :		
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Beau-père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e)*	<input type="checkbox"/> PACS
<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Belle-mère	<input type="checkbox"/> Tutrice	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)*	
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :			<input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	

SITUATION PROFESSIONNELLE

Sans A la recherche d'emploi En formation jusqu'au :

Profession actuelle :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. professionnel :

***Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation :**

En cas de parents séparés, préciser le nom et l'adresse du parent ne faisant pas partie du foyer actuel :

REPRÉSENTANT N°2 DE LA FAMILLE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone du domicile : Portable :

Email :

LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :			SITUATION FAMILIALE :		
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Beau-père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e)*	<input type="checkbox"/> PACS
<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Belle-mère	<input type="checkbox"/> Tutrice	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)*	
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :			<input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	

SITUATION PROFESSIONNELLE

Sans A la recherche d'emploi En formation jusqu'au :

Profession actuelle :

Nom et adresse de l'employeur :

Téléphone professionnel :

Nom et adresse de la personne qui payera les factures :
(préciser les prestations si vous désignez plusieurs payeurs)

.....
.....
.....

N° d'allocataire CAF :

<p>Signatures obligatoires de TOUS LES PAYEURS désignés :</p>

Si vous ne souhaitez pas fournir les documents permettant le calcul du Quotient Familial, cochez cette case

J'autorise la Ville à utiliser mon adresse mail ou mon N° de téléphone portable afin de me transmettre toutes informations liées au secteur de l'Enfance : Oui Non

Conformément à l'article 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concerne. À tout moment vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier ou par mail à enfance@mairie-villemoble.fr.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce bulletin et déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur, les conditions d'inscription et de fonctionnement. Tout dossier incomplet sera systématiquement retourné.

Date et signature du responsable

précédées de la mention « lu et approuvé » :

INSCRIPTIONS DEMANDÉES POUR L'ENFANT :

Nom et prénom : Age et sexe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole fréquentée à la rentrée 2019/2020 : Classe fréquentée à la rentrée 2019/2020 :

❖ **RESTAURATION SCOLAIRE :** Oui Non
 (les jours de classe)

A PARTIR DU* :
 (préciser la date du 1^{er} jour de fréquentation)

Mon enfant fait l'objet d'un P.A.I *ALIMENTAIRE avec panier repas : Oui Non
 (Tout PAI en cours doit être renouvelé à la rentrée scolaire ; se renseigner auprès du directeur de l'école)
 (* protocole d'accueil individualisé)

Habitude alimentaire : Repas sans porc Oui Non Repas sans viande Oui Non

❖ **ACCUEIL DE LOISIRS ET ÉTUDES DIRIGÉES**
 (Attention ! Facturations forfaitaires : voir conditions dans le règlement intérieur)
 (*préciser la date du 1^{er} jour de fréquentation pour toutes les activités)

ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN :
 Oui Non
 A PARTIR DU* :

ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR (seulement) (1) :
 Oui Non
 A PARTIR DU* :
 OU

ÉTUDES DIRIGÉES (seulement) (1) :
 Oui Non
 A PARTIR DU* :
 OU

ÉTUDES DIRIGÉES avec ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR (1) :
 Oui Non
 A PARTIR DU* :

(1) En soirée : Choisir entre les 3 propositions, il ne sera pas possible de passer d'une inscription à une autre.

ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MERCREDI :
 Journée complète (2) : Oui Non
 (repas et goûter compris)

OU
 Demi-journée MATIN (2) : Oui Non
 (repas compris, départ entre 13h 15 et 13 h 30)

OU
 Demi-journée APRES-MIDI (2) : Oui Non
 (Arrivée entre 13h 15 et 13 h 30, goûter compris)

A PARTIR DU* :

(2) Choisir entre les 3 propositions,
 il ne sera pas possible de passer d'une inscription à une autre.

LES VACANCES SCOLAIRES
 Oui Non

Si vous êtes intéressés par les vacances scolaires, cochez OUI.
 Les bulletins d'inscriptions pour chaque période de vacances seront disponibles sur votre Espace Citoyen ou le site de la Ville. Vous en serez informés par mail.

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES POUR LES ACCUEILS DE LOISIRS

Veuillez mentionner tout problème de santé ou de comportement rencontré par votre enfant dans la mesure où cela pourrait aider l'encadrement de l'accueil de loisirs (joindre un certificat médical si une prescription médicale est établie) :

Je soussigné(e) autorise le responsable des accueils de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Mon enfant fait l'objet d'un P.A.I * Oui Non
 (* protocole d'accueil individualisé)

Signature obligatoire :

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents)

Nom :
 Adresse :

 ☎ :
 📠 :
 Lien de parenté :
 A prévenir en cas d'urgence :
 Oui Non

Nom :
 Adresse :

 ☎ :
 📠 :
 Lien de parenté :
 A prévenir en cas d'urgence :
 Oui Non

Nom :
 Adresse :

 ☎ :
 📠 :
 Lien de parenté :
 A prévenir en cas d'urgence :
 Oui Non

Date de réception :
 Cadre réservé au Service Enfance