

# BULLETIN D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES MATERNELLES RENTRÉE 2023/2024

## 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 : .....  
 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 : .....  
 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)

**Signatures obligatoires**  
**de TOUS LES PAYEURS désignés :**

N° d'allocataire CAF : .....

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 et au secteur culturel : 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 concernent. À tout moment vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier ou par courriel 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 » :**

**BULLETIN D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES MATERNELLES RENTRÉE 2023/2024**

**INSCRIPTIONS DEMANDÉES POUR L'ENFANT :**

Nom et prénom : ..... Age et sexe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Ecole fréquentée à la rentrée 2023/2024 : ..... Classe fréquentée à la rentrée 2023/2024 : .....

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

**A PARTIR DU\* :** .....  
(préciser la date du 1<sup>er</sup> 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**

(Attention ! Facturation : voir conditions dans le règlement intérieur)  
(\*préciser la date du 1<sup>er</sup> jour de fréquentation pour toutes les activités)

• **ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN :** Oui  Non

**A PARTIR DU\* :** .....

• **ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR :** Oui  Non   
(Goûter compris)

**A PARTIR DU\* :** .....

• **ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MERCREDI :**  
*Choisir entre les 3 propositions suivantes, il ne sera pas possible de passer d'une inscription à une autre :*

**Journée complète :** Oui  Non   
(repas et goûter compris)

**OU**

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

**OU**

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

**A PARTIR DU\* :** .....

• **ACCUEIL EXTRASCOLAIRE (VACANCES SCOLAIRES)\***  
Oui  Non

\*Cette procédure vous permettra de recevoir les informations relatives aux vacances scolaires en sachant qu'il vous appartiendra, si vous êtes intéressé(e), d'inscrire votre enfant pour la période concernée. Les bulletins d'inscriptions pour chaque période de vacances seront disponibles sur l'Espace Citoyen ou le site de la Ville.

**RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES POUR LES ACCUEILS DE LOISIRS**

Veillez 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) :

.....

.....

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

Mon enfant bénéficie d'une AVS\* sur le temps scolaire Oui  Non   
(\*assistante de vie scolaire)

Mon enfant a un dossier MDPH Oui  Non

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.

**Signature obligatoire :**

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

Nom : .....

Nom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

☎ : .....

☎ : .....

☎ : .....

📧 : .....

📧 : .....

📧 : .....

Lien de parenté : .....

Lien de parenté : .....

Lien de parenté : .....

A prévenir en cas d'urgence : Oui  Non

A prévenir en cas d'urgence : Oui  Non

A prévenir en cas d'urgence : Oui  Non

Cadre réservé à l'administration

Date de réception :