

<input type="checkbox"/> accueil matin	<input type="checkbox"/> accueil soir	<input type="checkbox"/> RESTAURATION	<input type="checkbox"/> étude surveillée/dirigée	<input type="checkbox"/> accueil du mercredi
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---	--

<input type="checkbox"/> Dossier d'inscriptions accueils périscolaires <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements de l'enfant <input type="checkbox"/> Quotient familial en cours de la CAF-MSA ou avis d'imposition 2023 (revenus 2022) (Sauf inscription NAP) <input type="checkbox"/> Copie de décision de justice en cas d'autorité parentale non partagée <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile, scolaire et extra-scolaire 2024-2025 <input type="checkbox"/> PAI – Projet d'accueil individualisé (si nécessaire)	<u>Observations</u>
--	---------------------

ENFANT				
Classe	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Adresse :

RESPONSABLES LEGAUX			
---------------------	--	--	--

	Parent 1 <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom				
Prénom				
Date et lieu de naissance	à			à
Adresse (si différente de l'enfant)				
Téléphone domicile				
Téléphone Portable				
Email				
Profession				
N° Allocataire CAF	Quotient familial :			
Assurance extrascolaire	Organisme :		N° sociétaire :	
Situation Familiale	Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>			
Autorité Parentale	Parents <input type="checkbox"/> Parent 1 exclusif <input type="checkbox"/> Parent 2 exclusif <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre, Précisez ..... <input type="checkbox"/>			

Conformément aux obligations du RGPD, nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

J'ai pris connaissance que ces informations sont enregistrées dans un fichier par le personnel de la commune qui ne traitera et n'utilisera les données que pour me contacter, assurer le suivi du dossier et communiquer mes coordonnées aux encadrants et élus dédiés au scolaire.

Je certifie l'exactitude des renseignements de cette fiche et m'engage à signaler par écrit tout changement dans l'inscription de mon enfant. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à ce que mon enfant et moi-même le respectons.

Date..... Signature,

## ACCUEILS PÉRISCOLAIRES

Accueil régulier <b>(Cocher les jours souhaités)</b>					Accueil occasionnel	<b>OBLIGATOIRE SUR LE CYCLE</b> Activités périscolaires		
ACCUEILS	Lundi	Mardi	Jeudi	vendredi		MERCREDI		Accueil occasionnel
Accueil matin 7h30-8h20					<input type="checkbox"/>	Accueil mercredi Matin / 7h30-8h20		<input type="checkbox"/>
Etude surveillée 16h30-17h30					<input type="checkbox"/>	Activités 8h30-11h30		
Accueil soir 2 17h30-18h30					<input type="checkbox"/>	Accueil mercredi midi / 11h30-12h30		<input type="checkbox"/>

Votre enfant restera-t-il à l'accueil périscolaire, dès le premier jour de la rentrée scolaire :  
Lundi 2 septembre     A.matin     Etude     A.soir



## RESTAURATION SCOLAIRE

CANTINE	JOURS FIXES TOUTE L'ANNEE <b>(Cocher les jours souhaités)</b>				INSCRIPTION OCCASIONNELLE
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	<input type="checkbox"/>

Votre enfant mangera-t-il le premier jour de la rentrée scolaire : lundi 2 septembre     OUI     NON



RÉGIMES ALIMENTAIRES	ALLERGIES
Repas : (sans viande) -----	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>PAI</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Médicamenteuses : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

*Dans le cas d'allergie alimentaire, vous devez joindre un certificat médical afin de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé. L'inscription sera effective une fois le PAI effectué.*

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant.....

→ Autorise la Commune de Renage, dans le cas où il n'aurait pas été possible de me joindre et si un médecin le juge nécessaire, à faire hospitaliser mon enfant et à lui faire subir une intervention chirurgicale urgente.

Etablissement hospitalier de préférence : .....

→ **Autorise le personnel encadrant :**

➤ À photographier mon enfant dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires.

OUI     NON

➤ À filmer mon enfant uniquement dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires.

OUI     NON

→ Autorise mon enfant à quitter seul l'établissement à la fin des activités (seulement pour les élèves inscrits en école élémentaire).     OUI     NON

→ Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la fin des activités et/ou à être contactées en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant