FICHE INSCRIPTION GIP NOE

Photo

D’identité

Année Scolaire 2018/ 2019

|  |  |
| --- | --- |
| **ENFANT** |  |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Date de naissance et âge : |  |
| Ecole et classe à la rentrée 2018 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT** | **Père :** | **Mère :** |
| Nom : |  |  |
| Prénom : |  |  |
| Adresse : |  | |
| Code postal et ville : |
| Email : |  | |
| Téléphone fixe maison : |  | |
| Téléphone portable : |  |  |
| Profession : |  |  |
| Lieu de travail : |  |  |
| Téléphone professionnel : |  |  |
| Numéro de sécurité sociale : |  |  |
| Affilié : CPAM (régime général) ou MSA  ou SNCF ou autre ? |  | |
| Numéro allocataire CAF + QF (obligatoire : fournir un justificatif) |  |  |
| Droit aides aux temps libres CAF 2018-2019 ? si oui fournir l’attestation 2018 puis celle de 2019 |  |  |

Nom Médecin de famille et téléphone :

Votre enfant est-il allergique ? Si oui, à quoi ? :

Renseignements médicaux éventuels :

J’autorise le personnel du centre à transporter mon enfant dans leur véhicule personnel en cas de problème (grève des bus, …) après avoir eu mon accord par téléphone :  OUI  NON

J’autorise la directrice de la structure d’accueil péri et extrascolaire à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d’urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins, également je m’engage à payer l’intégralité des frais m’incombant ainsi que les frais médicaux et d’hospitalisation éventuels :

 OUI  NON

J’autorise mon enfant à rentrer seul à la maison :  OUI  NON (préciser l’heure : ………………………………)

J’autorise la direction à photographier mon enfant et à publier ces photos au niveau des différents communiqués de

Presse  OUI  NON / sur le site de la mairie  OUI  NON

Personnes habilités, en plus des parents, à venir chercher l’enfant à l’école :

Nom : ………….…………..………… …………….……………..………… ……………………….………..…… …………………………………….

Prénom : ………….…………..………… …………….……………..………… ……………………….………..…… …………………………………….

Lien de parenté : ………….…………..………… …………….……………..………… ……………………….………..…… …………………………………….

Tél : ………….…………..………… …………….……………..………… ……………………….………..…… …………………………………….

Nous, parents, signalerons au GIP toute modification des renseignements ci-dessus.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et accepte les conditions du règlement intérieur après en avoir pris connaissance.

Fait à ……………………………………….…….le ……………….………..….

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

Réservé à l’administration

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assu | Vaccin | MSA | CAF | ATL | Allergies |
|  |  |  |  |  |  |