

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT :

NÉ(E) LE :

À :

CLASSE :

ECOLE :

	PARENT 1	PARENT 2
NOM ET PRENOM		
ADRESSE		
EMAIL		
TELEPHONE		
Profession : Employeur : Téléphone :		
N° SECURITE SOCIALE		
N° ALLOCATAIRE ☐ CAF ☐ MSA		
NOM DE LA MUTUELLE		
NOM DE L'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE	valable jusqu'au	

Situation Familiale ☐ Marié(e) ☐ Vie Maritale/Pacs... ☐ Célibataire ☐ Divorcés / Séparés ☐ Veuf(ve)

Pièces à fournir obligatoirement :

- ☐ Photocopie du carnet de santé (vaccins) ☐ PAI, si existant
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance de responsabilité civile extrascolaire et périscolaire

Calcul du tarif (La prise en compte des nouveaux revenus se fait à partir du 1^{er} Janvier de chaque année) :

- ☐ Je suis allocataire CAF, à jour de mes déclarations, et j'autorise la CDC à consulter mes ressources sur mon compte partenaire : **je suis donc tarifé en fonction de mes ressources.**
- ☐ Je suis allocataire CAF ou MSA. Je n'autorise pas la CDC à consulter mes ressources et je ne fournis pas mon avis d'imposition (n-2) : **je suis donc tarifé au plein tarif.**
- ☐ Je suis allocataire CAF, je ne suis pas à jour de mes déclarations et je fournis mon avis d'imposition (n-2). **Je suis donc tarifé en fonction de mes ressources.**
- ☐ Je suis allocataire MSA et je fournis mon avis d'imposition (n-2). **Je suis donc tarifé en fonction de mes ressources.**

Nous, soussignés, les parents / représentants légaux autorisons :

- ☐ L'utilisation de mon numéro de téléphone portable et de mon adresse mail à des fins d'informations par l'envoi très ponctuel de SMS et de Newsletters.
- ☐ Le personnel autorisé par le président à transporter mon/mes enfant(s) en car, minibus.
- ☐ Le Président de la Communauté de communes du Grand Saint-Émilionnais à utiliser, reproduire,

diffuser et exploiter l'image de mon ou mes enfants pour les usages : du journal communautaire, la presse locale (Sud-Ouest, Le Résistant), le Bulletin d'Information, le rapport d'activité de la CDC, sur le site Internet et la page Facebook de la CDC. En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille. Il est entendu qu'aucun usage commercial ne sera fait de l'image de votre/vos enfant(s) par la Communauté de communes du Grand Saint-Émilionnais, qui interdit toute l'utilisation pouvant porter atteinte à la dignité.

Nous, soussignés, les parents/ représentants légaux autorisons :

M./Mme.....Tél : à récupérer notre enfant.
M./Mme.....Tél : à récupérer notre enfant.
M./Mme.....Tél : à récupérer notre enfant.

Contre-indications médicales ou difficultés de santé :

Allergies

Asthme ☐ Oui ☐ Non

Alimentaire ☐ Oui ☐ Non Repas fourni ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuse ☐ Oui ☐ Non

Autres ☐ Oui ☐ Non

PAI : Protocole d'Accueil Individualisé ☐ Oui ☐ Non

Reconnaissance MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant a des besoins spécifiques ? Merci de nous les préciser :

Nom du Médecin, ville et numéro de téléphone :

Vaccins Obligatoire fait :

☐ Enfants nés avant 2018 : diphtérie, le tétanos, la poliomyélite

☐ Enfants nés à partir de 2018 : diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole. *Merci de nous fournir la photocopie du carnet de santé / page de vaccination*

Maladies Contractées. Cochez si oui

Varicelle ☐ Rubéole ☐ Oreillons ☐ Rougeole ☐

Autre ? ☐

Repas : pour tout régime particulier, contacter le/la directeur/trice

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et être informé que les inscriptions ne sont pas automatiques et que TOUTE RESERVATION SERA DUE, même en cas d'absence de l'enfant non avertie au moins 1 semaine à l'avance pour les mercredis et les vacances scolaires, sauf présentation d'un certificat médical. Les annulations devront se faire auprès de la Direction, sur un papier daté ou en adressant un mail à la structure correspondante.

☐ J'autorise le personnel de la CDC à prendre toutes les dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant.

Je note que cette fiche est valable 1 an à partir du jour de sa signature.

Nous soussignons responsables légaux de l'enfant
..... déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Le A

Signature du représentant légal

Mise à jour le
Les informations fournies
sont toujours d'actualité.

Signature