

Fiche de renseignements 2016/2017 ID VACANCES – ID SPORTIVES

Attention : Tout dossier rendu incomplet ne pourra être traité

Merci de remplir le document en lettres capitales

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance : G F ⁽¹⁾
Adresse complète :
(si différente du foyer)

SANTE DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : N° de téléphone :
Date dernier rappel vaccin DT polio :
Problèmes de santé à signaler (asthme, allergie,...) :
Et/ou particularité (lunettes, appareil dentaire,...) :
L'enfant a-t-il bénéficié d'un PAI (plan d'accueil individualisé) l'année précédente ? OUI NON ⁽¹⁾
Si oui, pour quel motif ?

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DE L'ENFANT

Nom de la compagnie : N° de contrat :

INSCRIPTION SCOLAIRE DE L'ENFANT

Ecole et classe fréquentées pour l'année 2016-2017 : Maternelle Elémentaire⁽¹⁾
Commune :

RESPONSABLE(S) DU FOYER (foyer existant à la date d'inscription)

Responsable du foyer :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Situation familiale (Marié(e), divorcé(e),...) :
Adresse :
Téléphone fixe :
Portable :
Adresse Courriel :
Profession :
Nom employeur :
Téléphone employeur :

Conjoint du responsable :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Situation familiale (Marié(e), divorcé(e),...)
Adresse :
Téléphone fixe :
Portable :
Adresse Courriel :
Profession :
Nom employeur :
Téléphone employeur :

Si l'enfant ne vit pas avec ses deux parents biologiques, merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées du second parent père / mère (s'il a l'autorité parentale) :

NOM : Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable :

Pensez à signaler, au guichet d'inscriptions, tout changement d'adresse ou de n° de téléphone survenant en cours d'année.

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante

FACTURATION DES PRESTATIONS

Payeur ⁽¹⁾ :

Responsable du foyer

ou

Conjoint du responsable

ou

Autre (dans ce cas, merci de préciser nom et adresse du payeur) :

Organisme d'allocations familiales ⁽¹⁾ C.A.F. Côte d'Or - n° :

C.A.F. Saône et Loire - n° :

M.S.A. - n° :

Autre : (préciser) - n° :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant


DÉCLARE accepter les modalités d'inscription, de règlement et de fonctionnement des prestations extra et périscolaires dans les équipements situés sur le territoire de la Communauté d'Agglomération,

ATTESTE avoir une assurance responsabilité civile,

AUTORISE la direction des Services péri et extrascolaires à faire donner en mon nom, à mon enfant, tous les soins nécessaires, en cas d'urgence médicale, ainsi que l'hospitalisation de mon enfant en cas d'urgence,

AUTORISE OUI NON ⁽¹⁾ les responsables à filmer, photographier mon enfant et à utiliser ces documents à des fins promotionnelles pour la Communauté d'Agglomération BEAUNE Côte et Sud,

AUTORISE les personnes (âgées de plus de quinze ans) suivantes à venir chercher mon enfant tout au long de l'année scolaire (périscolaire, restaurant scolaire, mercredis, vacances scolaires) :

Nom	Prénom		Lien avec l'enfant	Pour les mineurs, date de naissance

RAPPEL :

Les contrats d'accueil ID Sportives et ID Vacances sont disponibles dans les guichets d'inscriptions ou sur l'Espace Famille : www.beaunecoteetsud.com

ID Sportives : contrats disponibles :

. Tout au long de l'année et inscription possible en cours d'année dans la limite des places disponibles.

ID Vacances : contrats disponibles :

. 4 semaines avant le début de la prestation pour les petites vacances

. 6 semaines avant le début de la prestation pour les vacances d'été.

Fait à, le.....

Signature :

(1) Cocher la case correspondante