



DOSSIER D'INSCRIPTION ANNÉE 2018 / 2019

Service
Éducation-Enfance-Jeunesse

Restauration Scolaire / Périscolaire
Accueil de Loisirs / Espace Jeunes / Séjours

RENSEIGNEMENTS ENFANTS/JEUNES


Enfant 1 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

 : _____ (facultatif)

 : _____ (facultatif)

Ecole - Collège - Lycée fréquenté (1) : _____

Classe : _____


Enfant 1 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

 : _____ (facultatif)

 : _____ (facultatif)

Ecole - Collège - Lycée fréquenté (1) : _____

Classe : _____


Enfant 1 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

 : _____ (facultatif)

 : _____ (facultatif)

Ecole - Collège - Lycée fréquenté (1) : _____

Classe : _____

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél domicile: _____ Tél Travail : _____

 : _____  : _____

Adresse : _____

N° Allocataire CAF : _____

Responsable légal 2 :

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél domicile: _____ Tél Travail : _____

 : _____  : _____

Adresse : _____

N° Allocataire CAF : _____

PRÉINSCRIPTIONS

Réservé administration

QF:

Cochez les cases correspondantes :



		LUNDI			MARDI			MERCREDI			JEUDI			VENDREDI			OCCASIONNEL		
Enfants¹ :		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Restauration Scolaire																			
Périscolaire	Matin																		
	Soir																		
Transports scolaires	Matin																		
	Midi																		
	Soir																		
Accueil de Loisirs ² sans repas																			
Accueil de Loisirs avec repas																			

Autres cas	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Espace Jeunes			
Séjours			
C.M.J			
Accueil de Loisirs (vacances)			

¹ Enfants fréquentant les écoles primaires publiques de VOLVIC

² Une fiche d'inscription détaillée pour les mercredis devra être remplie et retournée à l'accueil de loisirs impérativement en début de chaque mois.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Adresse : _____



Enfant 1 :

Prénom : _____

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : _____

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

Enfant 2 :

Prénom : _____

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : _____

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

Enfant 3 :

Prénom : _____

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : _____

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

RENSEIGNEMENTS DIVERS

J'autorise les organisateurs et l'équipe d'animation à photographier et filmer mon ou mes enfants (ces images pourront servir à illustrer des articles ou notre site internet et notre page Facebook) :

OUI NON

J'autorise mon ou mes enfants _____ à partir seul :

OUI NON

J'autorise les services municipaux à consulter mon quotient familial via la CAF :

OUI NON

N° de sécurité sociale : _____

N° de mutuelle et coordonnées : _____

Régime Général MSA Autre (précisez) _____

Personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants :

NOM - Prénom	Lien	Téléphone

(1) Cochez la case correspondante

Je soussigné(e) _____

- Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
- Autorise les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
- M'engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille.
- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et avoir pris connaissance du règlement intérieur de chacune des structures auxquelles sont inscrits les enfants figurant page 1 et je m'engage à le (les) respecter.

Fait à : _____


Le : _____

Signature du représentant légal :

PIÈCES A FOURNIR

- ⇒ Dossier d'inscription dûment rempli et signé
- ⇒ Attestation d'assurance (faisant apparaître la responsabilité civile de l'enfant)
- ⇒ Photocopie du carnet de vaccinations
- ⇒ En cas de Projet d'Accueil Individualisé (PAI), fournir une copie
- ⇒ En cas d'indisponibilité du quotient familial CAF, fournir le dernier avis d'imposition (à défaut le tarif maxi sera appliqué)
- ⇒ En cas de divorce ou séparation, fournir la copie de l'extrait de jugement
- ⇒ En cas de garde alternée, fournir le planning si répartitions des paiements des prestations

A VOTRE ÉCOUTE

- **Par mail** : enfancejeunesse@ville-volvic.fr
- **Par courrier** : Mairie de Volvic,
Service Éducation- Enfance-Jeunesse
1 Place de la Résistance, 63530 VOLVIC
- **Par téléphone** : 04.73.33.44.94
- **Site**: www.ville-volvic.fr ou  ville de volvic

