

| | Mère | Père | Tuteur ou responsable légal |
|--------------------|------|------|-----------------------------|
| Nom : | | | |
| Prénom : | | | |
| Adresse complète : | | | |
| Tél. domicile : | | | |
| Tél. portable : | | | |
| Employeur : | | | |
| Tél employeur : | | | |

2016

2017

Réservé au service

CFE

ULIS

PAI

| | |
|---|---|
| Adresse mail (en majuscules) : | |
| Quotient familial : <small>(sur présentation d'une attestation)</small> | N° allocataire : <small>(CAF ou MSA)</small> |
| Adresse de facturation : <small>(si différente de l'adresse familiale)</small> | |

Nom et téléphone des personnes autorisées à venir récupérer les enfants ou à être appelées en cas d'urgence

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Je soussigné(e) _____ déclare :

- **Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des accueils périscolaires joint et m'engage à le respecter,**
- Exactes toutes les informations médicales et civiles précisées dans ce dossier d'inscription, y compris la fiche sanitaire de liaison de chacun des enfants inscrits,
- Autoriser les animateurs et le responsable à prendre toutes mesures utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale qui pourraient s'imposer,
- Avoir souscrit une police d'assurance couvrant les activités périscolaires de mon ou mes enfants,
- Autorise la commune à utiliser et publier toute image pouvant faire apparaître mon enfant, dans le cadre strictement municipal (affiche, bulletin municipal, site internet, Info Express, reportage vidéo).

La Rochette, le

Lu et approuvé, signature du soussigné

