

Service des affaires scolaires		Etablissement fréquenté :	
		Classe :	
ENFANT			
Nom :			
Prénoms :			
Sexe :	M / F		
Date de naissance :	Lieu de naissance :		PHOTO
Adresse :			
RESPONSABLE LEGAL			
RESPONSABLE LEGAL 1		RESPONSABLE LEGAL 2	
Nom :		Nom :	
Prénoms :		Prénoms :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Lien de parenté : Père / Mère / Autre (précisez)		Lien de parenté : Père / Mère / Autre (précisez)	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone		Téléphone	
Fixe :		Fixe :	
Portable :		Portable :	
Travail :		Travail :	
Email :		Email :	
PERSONNES A CONTACTER			
CONTACT 1		CONTACT 2	
Nom :		Nom :	
Prénoms :		Prénoms :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone		Téléphone	
Fixe :		Fixe :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI	NON	Appel en cas d'urgence :
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI	NON	Autorisé à récupérer l'enfant :
			OUI
			NON
CONTACT 3		CONTACT 4	
Nom :		Nom :	
Prénoms :		Prénoms :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone		Téléphone	
Fixe :		Fixe :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI	NON	Appel en cas d'urgence :
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI	NON	Autorisé à récupérer l'enfant :
			OUI
			NON
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE			
Nom de la compagnie d'assurances :			
Numéro de contrat :			

INFORMATIONS CAF (renseignement obligatoire)			
Nom de l'allocataire :			
Numéro allocataire :			
Quotient familial :			
Fournir une attestation de votre quotient familial (nécessaire pour l'obtention d'une réduction sur le prix du repas cantine)			
INFORMATIONS MEDICALES			
COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT			
Nom du médecin traitant :			
Téléphone :			
VACCINATIONS			
Fournir une copie des pages vaccinations du carnet de santé.			
ALLERGIES		PROBLEMES DE SANTÉ	
Un projet d'accueil individualisé est-il mis en place pour l'enfant ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES			
AUTORISATIONS			
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche)			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
APPAREILLAGE			
Lunettes : Votre enfant porte-t-il des lunettes ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il un appareil dentaire ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il un appareil auditif ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
HANDICAP			
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES PÉRISCOLAIRES

SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE

Souhaitez-vous inscrire votre enfant au service de restauration scolaire ? OUI NON

4 jours par semaine (toutes les semaines)		4 jours par semaine (Une semaine sur deux)		Autres (préciser les jours)
OUI	NON	Paire	Impaire	
<u>En cas de garde alternée merci d'indiquer le mode de facturation</u>				
Facturation à un seul parent :		<input type="checkbox"/> Mère		<input type="checkbox"/> Père
Facturation répartie entre les deux parents :				
Mère :	<input type="checkbox"/> Semaine paire	<input type="checkbox"/> Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Jours définis à préciser	
Père :	<input type="checkbox"/> Semaine paire	<input type="checkbox"/> Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Jours définis à préciser	

Le prix du repas est fixé à 3,60 € et sera facturé mensuellement

Tarif réduit : 3,40 pour les familles non imposables - fournir obligatoirement avis de non-imposition

ALLERGIES	PRATIQUES ALIMENTAIRES

SERVICE GARDERIE

Souhaitez-vous inscrire votre enfant au service de garderie ?

OUI	NON
-----	-----

Horaires de la garderie à partir de 7h30 le matin et jusqu'à 18h30 le soir

Fréquentation régulière

OUI	NON
-----	-----

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Autres préciser
Matin					
Soir					

Fréquentation occasionnelle

OUI	NON
-----	-----

En cas de garde alternée merci d'indiquer le mode de facturation

Facturation à un seul parent :

Mère

Père

Facturation répartie entre les deux parents :

Mère :	<input type="checkbox"/>	Semaine paire	<input type="checkbox"/>	Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Jours définis à préciser
Père :	<input type="checkbox"/>	Semaine paire	<input type="checkbox"/>	Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Jours définis à préciser

FACTURATION ET MODE DE REGLEMENT

Mode de règlement

Chèque :

OUI	NON
-----	-----

Prélèvement :

OUI	NON
-----	-----

Fournir un RIB dans le cadre de la mise en place du prélèvement ou de changement de coordonnées bancaires.

Un mandat SEPA vous sera transmis. Ce dernier devra nous être retourné signé.

CB via le portail famille

OUI	NON
-----	-----

<https://portail.berger-levrault.fr/MairieCondeEnNormandie14110/accueil>

ou sur le site internet de la commune www.condenormandie.fr en cliquant sur le logo Portail famille



Pensez à créer votre compte et vous enregistrer sur le Portail famille.

- Vous pourrez ainsi gérer vous-même, vos inscriptions à la cantine et garderie

- Signaler les absences de votre enfant

- Visualiser vos factures et effectuer vos règlements en ligne

ATTESTATION

Nous soussignés

Responsables légaux de l'enfant

Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche.

Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile.

Autorisons le responsable des affaires scolaires, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande

Reconnaissons avoir opté pour la transmission et la prise de connaissance du règlement des services scolaires par :

1°) Version papier (sollicite l'envoi de la version papier)

2°) Version numérique transmise sur mon adresse mail indiquée ci-dessus

3°) Version consultable sur le site de la Mairie de Condé-en-Normandie (www.condenormandie.fr)

Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire

Les informations recueillies par la mairie de Condé-en-Normandie ont pour finalité la gestion de l'inscription à l'école et au périscolaire, répondant à une mission d'intérêt public. Elles sont uniquement destinées aux agents de Condé-en-Normandie en charge de leur traitement et ne seront pas cédées ou transmises à des tiers. Les données sont conservées pendant la durée légale d'utilité administrative correspondante au traitement. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et à la réglementation européenne en vigueur, vous disposez du droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données. Pour exercer ces droits ou pour toute question, veuillez contacter le délégué à la protection des données : rand@cda14.fr

Le :

Signature responsable 1

Signature Responsable 2

--	--