

NOM :

PRENOM :

Pour l'année scolaire 2017/2018 :

ECOLE :

CLASSE :

Cadre réservé à l'administration

E

- Restauration scolaire
 Accueil périscolaire matin O F
 Accueil périscolaire soir O F
 Etude surveillée O F
 TAP Départ seul
 Garderie mercredi
 Pas de droit à l'image
 PAI

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : ___/___/_____

En cas de divorce ou de séparation des parents, précisez :

⚠ fournir le jugement précisant la résidence de l'enfant et la ou les personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

Filiation / représentants légaux	Résidence de l'enfant	Titulaire de l'autorité parentale
Père : NOM : Prénom : Coordonnées (si différentes de celles du foyer) : Adresse : Tél. 1 : Tél. 2 :	<input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> garde alternée* <input type="checkbox"/> n'a pas le droit de garde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mère : NOM : Prénom : Coordonnées (si différentes de celles du foyer) : Adresse : Tél. 1 : Tél. 2 :	<input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> garde alternée* <input type="checkbox"/> n'a pas le droit de garde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre représentant légal : NOM : Prénom : Qualité : Coordonnées (si différentes de celles du foyer) : Adresse : Tél. 1 : Tél. 2 :	<input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> garde alternée* <input type="checkbox"/> n'a pas le droit de garde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

***En cas de résidence alternée, précisez l'adresse de l'enfant :**

Adresse 1 : père mère

Modalités :

Adresse 2 : père mère

Modalités :

Restauration scolaire (payante)

J'inscris mon enfant à la restauration scolaire : OUI NON

J'atteste avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur du temps de restauration scolaire et m'engage à le respecter : OUI Signature :

Accueil périscolaire du matin et du soir – Etude surveillée (payants)

Mon enfant est scolarisé en maternelle, je l'inscris :

à l'accueil périscolaire du matin : OUI NON

à l'accueil périscolaire du soir : OUI NON

Inscription à partir du :

Tarifcation :

Forfait matin

Forfait soir

Occasionnel matin

Occasionnel soir

Mon enfant est scolarisé en élémentaire, je l'inscris :

à l'accueil périscolaire du matin : OUI NON

Tarifcation : forfait occasionnel

Inscription à partir du :

à l'étude surveillée : OUI NON

Tarifcation : forfait occasionnel

Période d'inscription : 1^{er} trimestre

2^{ème} trimestre

3^{ème} trimestre

Informations relatives au paiement des factures (restauration scolaire, accueil périscolaire, étude surveillée)

Inscrire ci-dessous les coordonnées de la ou des personnes qui paieront la ou les facture(s) :

Personne 1 :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° Tél :

Paiera la ou les factures suivantes (cocher la ou les cases correspondantes):

Restauration scolaire

Accueil périscolaire du matin

Etude surveillée

Accueil périscolaire du soir

Personne 2 :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° Tél :

Paiera la ou les factures suivantes :

Restauration scolaire

Accueil périscolaire du matin et du soir

Etude surveillée

Temps d'activités périscolaires et garderie du mercredi de 11h30 à 12h30 (non payants)

Mon enfant participera... :

Aux temps d'activités périscolaires (TAP)

OUI NON

A la garderie du mercredi midi



service réservé aux enfants dont les deux parents travaillent.

OUI NON

Autorisations :

J'autorise mon enfant à participer aux éventuelles sorties programmées sur les TAP (déplacement au gymnase etc.)

OUI NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir du CP) après les TAP, la garderie du mercredi midi et l'étude surveillée

OUI NON*

*Si non, il est autorisé à partir accompagné des représentants du foyer, des représentants légaux (si différents), et des personnes ci-après désignées :

Contact 1		Contact 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté avec l'enfant :		Lien de parenté avec l'enfant :	
N° tél domicile :		N° tél domicile :	
N° tél portable :		N° tél portable :	
Contact 3		Contact 4	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté avec l'enfant :		Lien de parenté avec l'enfant :	
N° tél domicile :		N° tél domicile :	
N° tél portable :		N° tél portable :	

Assurance :

J'atteste avoir souscrit une assurance « responsabilité civile » ou extra-scolaire pour mon enfant : OUI

Règlement intérieur des TAP :

J'atteste avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur des temps d'activités périscolaires et m'engage à le respecter : OUI

Signature :

Droit à l'image

Le photographe/vidéaste, agent employé par la Ville/Communauté urbaine d'Alençon ou agissant pour le compte de la Ville/Communauté urbaine d'Alençon, pourra réaliser un ou plusieurs reportages d'une ou plusieurs photographies ou vidéos sur lesquelles apparaît le sujet au cours de l'année scolaire.

OUI

NON

ENGAGEMENT DES COLLECTIVITES

La Ville et la Communauté urbaine d'Alençon s'interdisent expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du sujet mineur, d'utiliser les photographies objets de la présente autorisation sur tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

MODES DE DIFFUSION

Le signataire qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur l'image du sujet mineur autorise expressément les collectivités à faire usage des photographies visées ci-dessus pour **tous les supports de communication matériels ou numériques**, y compris pour un site internet.

Les photographies pourront être exploitées directement par le Ville et/ou la Communauté Urbaine d'Alençon ou cédées à des tiers institutionnels / ou partenaires de communication non marchands, sous toutes les formes précisées ci-dessus.

DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est accordée pour une durée de **1 an** à compter de sa signature.

AUTORISATION A TITRE GRATUIT

Le signataire confirme que son autorisation est donnée en connaissance de cause sans contrepartie financière. Il manifeste ainsi son intérêt et son soutien au travail des collectivités. Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées. Il est conscient que cet accord l'engage contractuellement conformément au code civil et au code de la propriété intellectuelle.

LITIGES

La présente autorisation est soumise au droit français. Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux juridictions compétentes.

Fait à..... le..... :

(signature du ou des représentants légaux, dépositaires de l'autorité parentale)

Renseignements sanitaires

Vaccination DT POLIO (obligatoire) : Date du dernier rappel :

Médecin traitant : NOM : N° Tél :

Renseignements médicaux et recommandations utiles à l'accueil de votre enfant

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, pollen etc.) ? OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Traitement médical : Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, hémophilie, asthme etc.) ?

OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS) : Votre enfant bénéficie-t-il sur le temps scolaire d'un accompagnement spécifique (handicap moteur etc.) ?

OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....
.....

Projet d'accueil individualisé (PAI)* en cours : OUI NON

*Un **Projet d'accueil individualisé (PAI)** concerne les enfants atteints de troubles de la santé (par exemple, troubles respiratoires ou allergie alimentaire). Il s'agit d'un document écrit qui précise les traitements médicaux et/ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires nécessaires sur les temps scolaire et périscolaire. **Aussi, si votre enfant nécessite un accompagnement médical spécifique, veuillez prendre contact avec le médecin scolaire** (à la Direction des services départementaux de l'Education nationale, Cité administrative, Place Bonet, Alençon) **afin de mettre en place un PAI.**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, des prothèses auditives etc. ?

.....
.....

Je soussigné(e) (NOM - Prénom) responsable légal de l'enfant (NOM - Prénom) déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable de la Ville et de la Communauté urbaine d'Alençon à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :