8-FICHE INSCRIPTION MERCREDI FLEURIEU

Nouveaux Inscrits 2024-2025

Numéro Allocataire CAF :.....



A remettre avant le 14 juin 2024 au Coin des Copains

copains! **ENFANT** Ecole: Classe: Nom: Prénom: Date de naissance :/....../...... Lieu de naissance : PAI □OUI □ NON MDPH □OUI □ NON Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Services périscolaires souhaités pour votre enfant ☐ Périscolaire du Matin au Coin des Copains ☐ Périscolaire du Soir au Coin des Copains ☐ Mercredis Matins ☐ Avec Repas ☐ Sans Repas ☐ Mercredis Après-midis Sans repas ☐ Mercredis Journée Complète RESPONSABLES LEGAUX Nom: Nom:..... Prénom: Prénom: Adresse Adresse Tel (fixe, portable, professionnel) Tel (fixe, portable, professionnel) E-mail:

(joindre attestation QF de la CAF)

SITUATION FAMILIALE ☐ Mariés ☐ Divorcés ☐ Séparés ☐ Pacsés ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Veuf Autorité Parentale : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (préciser) : Fournir le jugement FRERES ET SŒURS (scolarisés à l'école de Fleurieu sur Saône) Etablissement scolaire: - Nom/Prénom : Classe : Etablissement scolaire: - Nom/Prénom : Classe : Ftablissement scolaire: FRERES ET SŒURS (scolarisés à l'école de Fleurieu sur Saône) Cocher la personne à contacter en cas d'urgence Personnes (autres que les Lien avec l'enfant Téléphone représentants légaux) П







ASSURANCE Compagnie d'assurance (responsabilité civile Familiale) Nom: N° de police : Date d'échéance :

DROIT A L'IMAGE

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sur le PADLET du Centre à des fins représentatives des activités périscolaires.

ENSEIGNEMENTS MEDICAUX	AUTORISATIONS EN CAS D'URGENC

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur) autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours.

Je soussigné(e) père, mère ou tuteur, m'engage à prendre connaissance des règlements intérieurs et à régler à chaque échéance le montant des prestations dont les tarifs ont été fixés par le Conseil Municipal.

Je soussigné(e) père, mère ou tuteur autorise l'accueil de loisirs à m'envoyer l'invitation à rejoindre les Blogs PADLETS qui me concernent via WhatsApp ou mail.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à vous signaler tout changement.

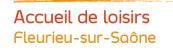
Signature du père

Signature du tuteur Signature de la mère

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX			
Médecin de famille (nom, adresse et téléphone) :			
Si l'une des cases « oui » est cochée, l'enfant ne pourra être inscrit pour les repas ou			
sorties de l'accueil de loisirs, sans que vous ayez contacté votre médecin pour établir			
un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.).			
Allergie alimentaire			
□ Non □ Oui (préciser) :			
Régime alimentaire spécial			
□ Non □ Oui (préciser) :			
Autres allergies			
□ Non □ Oui (préciser) :			
Traitement en cours			
□ Non □ Oui (préciser) :			
(Aucun médicament ne pourra être délivré par le personnel)			
Remarques éventuelles			
(Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. et les précautions à prendre)			

MODES DE PAIEMENTS

Vous recevrez une facture mensuelle pour le paiement de Choisissez votre mode de règlement parmi les moyens Par prélèvement automatique, le 10 du mois Par chèque bancaire Par E-CESU Par espèces En ligne via le portail famille				
Indiquez l'adresse de facturation				
Nom:				
Si la facturation est partagée, renseignez la deuxième (exemples : un mois sur deux, moitié/moitié chaque mois)	adresse de facturation et les modalites de partage			
Nom:Adresse Code postal				
Si vous avez choisi le prélèvement automatique, renseignement	gnez les éléments suivants			
Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier			
Nom, prénom :				
resse: ALFA3A FLEURIEU SUR SAONE 40 GRANDE RUE 69250 FLEURIEU-SUR-SAONE tel: 04 81 50 03 02				
Code postal :	tel 10 102 50 05 02			
Ville : Pays :				
ldentification internationale (IBAN) du compte à débiter				
IBAN du deuxième compte (si deuxième adresse de facturation)				
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.				
Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules né délibération n°80 du 01/04/1980 de la commission informatique et libertés, vous disposez d'un cindividuel d'accès auprès de ALFA3A FLEURIEU SUR SAONE à l'adresse ci-dessus.				
Signé le à	Signatures :			



Attestation à remplir et à retourner à la direction de l'accueil de loisirs Le Coin des Copains accompagnée du dossier d'inscription.

NOM (et PRÉNOM de l'ENFANT :	
Date d	e naissance :/	
	NOM et PRÉNOM du PÈRE ou RESPONSABLE LÉGAL 1 :	
	Téléphone :/ / /	-
	*********************	*****
	NOM et PRÉNOM de la MÈRE ou RESPONSABLE LÉGAL 2 :	
	Téléphone : / / /	-
e loisirs o	En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intéri de Fleurieu sur Saône (disponible sur le site de la commune de Fleurieu et Roche es conditions.	
ait à	Signature du pere du	nature de la mère ou responsable légal 2





