

8-FICHE INSCRIPTION MERCREDI FLEURIEU

Nouveaux Inscrits 2024-2025

A remettre avant le 14 juin 2024 au Coin des Copains



ENFANT

Ecole : Classe :
Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin PAI OUI NON MDPH OUI NON

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 :@..... E-mail :@.....
Numéro Allocataire CAF : (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)

- Nom/Prénom : Classe :
Etablissement scolaire :
- Nom/Prénom : Classe :
Etablissement scolaire :
- Nom/Prénom : Classe :
Etablissement 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 représentants légaux)	Lien avec l'enfant	Téléphone	
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>



ASSURANCE

Compagnie d'assurance (responsabilité civile Familiale)

Nom :

N° de police :

Date d'échéance :

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)

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.

AUTORISATIONS EN CAS D'URGENCE

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.

Lu et approuvé à : Le/...../.....

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur

MODES DE PAIEMENTS

Vous recevrez une facture mensuelle pour le paiement de la restauration scolaire.

Choisissez votre mode de règlement parmi les moyens de paiement suivants :

- 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 : Prénom Adresse

Code postal Ville

Si la facturation est partagée, renseignez la deuxième adresse de facturation et les modalités de partage

(exemples : un mois sur deux, moitié/moitié chaque mois...)

Nom : Prénom Adresse

Code postal Ville

Modalités de partage de la facturation

Si vous avez choisi le prélèvement automatique, renseignez les éléments suivants

Désignation du titulaire du compte à débiter
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville : Pays :

Désignation du créancier
ALFA3A FLEURIEU SUR SAONE 40 GRANDE RUE 69250 FLEURIEU-SUR-SAONE tel : 04 81 50 03 02

Identification 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 nécessités de la gestion conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 et à la délibération n°80 du 01/04/1980 de la commission informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de ALFA3A FLEURIEU SUR SAONE à l'adresse ci-dessus.

Signé le/...../..... à Signatures :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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 de naissance : ____ / ____ / ____

NOM et PRÉNOM du PÈRE ou RESPONSABLE LÉGAL 1 :

Téléphone : ____ / ____ . / ____ / ____ / ____

NOM et PRÉNOM de la MÈRE ou RESPONSABLE LÉGAL 2 :

Téléphone : ____ / ____ . / ____ / ____ / ____

En cochant cette case, **je reconnais avoir pris connaissance du règlement** intérieur de la structure de l'accueil de loisirs de Fleurieu sur Saône (disponible sur le site de la commune de Fleurieu et Rochetaillée sur Saône) et **en accepter les conditions.**

Fait à _____ le -

Signature du père ou
responsable légal 1

Signature de la mère ou
responsable légal 2