

MAIRIE DE MEZIRE
 05 ROUTE DE LA FORGE
 90 120 MEZIRE
 03.84.27.80.75
mairie.mezire@wanadoo.fr



SERVICE PERISCOLAIRE
 03.84.27.70.09
periscolaire.mezire@orange.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION 2017-2018

ACTIVITES PERISCOLAIRES DU MERCREDI

Nombre d'enfants :
Précisez pour chacun :

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom : Nom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Prénom :
Age :	Age :	Age :

Si votre ou vos enfants sont déjà inscrits à la restauration et /ou au périscolaire, ne remplissez pas les parties ci-dessous.

Par contre, si votre ou vos enfants ne sont inscrits à aucun service, merci de remplir les parties ci-dessous.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PERE	MERE
Nom-Prénom.....	Nom-Prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
Code Postal.....	Code Postal.....
Ville.....	Ville.....
Tél Domicile.....	Tél Domicile
Tél Portable.....	Tél Portable.....
Tél Professionnel.....	Tél Professionnel.....
Adresse Mail	Adresse Mail
Employeur *	Employeur *
.....
*Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation de l'employeur	*Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation de l'employeur

Régime d'appartenance de l'Allocataire CAF :

Régime général

Régime spécial (SNCF, RATP, EDF GDF, MSA)

N° Allocataire CAF :

Caisse :

N° Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) :, représentant légal de l'enfant :, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance et approuver le règlement des services de restauration scolaire , d'accueil périscolaire et des activités pédagogiques qui pourra être révisé par le Conseil Municipal en cas de nécessité et l'accepte.

Autorise l'accès à mon dossier d'allocataire CAF.

Autorise les prises de vue en groupe et/ou seul de mon enfant pour diffusion dans la presse, bulletin communal, et/ou le site internet de la Commune.

Autorise que mon enfant soit maquillé avec des produits adaptés.

Autorise mon enfant à se rendre et quitter seul l'accueil périscolaire (excepté les enfants de la maternelle).

Autorise M..... à emmener et rechercher mon enfant à l'accueil périscolaire.

Autorise le responsable des services ou le personnel d'encadrement à administrer les médicaments selon la posologie précisée par écrit.

Autorise le transfert de mon enfant, par les services d'urgence (SAMU /POMPIER), à l'établissement de soin le plus proche.

Autorise toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

Fait à Méziré, Le

Signature