

FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025



ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER**Contacts existants****Nouveaux contacts**

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON



POUR BENEFICIER D'UN TARIF ADAPTE A VOTRE SITUATION, VOUS DEVEZ JUSTIFIER DE VOS REVENUS OU DE VOTRE QUOTIENT FAMILIAL

<input type="checkbox"/> Vous êtes allocataire		<input type="checkbox"/> Vous n'êtes pas allocataire
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF	<input type="checkbox"/> Allocataire MSA	
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous les services de la mairie et le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à consulter vos données sur le site de la CAF ?		<input type="checkbox"/> Fournir l'attestation de quotient familial <input type="checkbox"/> Fournir l'avis d'imposition 2023
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pass MSA (fournir le justificatif)
Indiquez votre N° Allocataire CAF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fournir l'attestation de quotient familial	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="color: red; font-size: small;">Cadre réservé à l'administration</p> <p>Quotient :</p> </div>
<p>Pour les parents séparés :</p> <p>Bénéficiez-vous d'une garde alternée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ➔ Fournir le jugement de divorce ou la dernière décision de justice</p> <p>Si oui ➔ Compléter la partie ci-dessous :</p> <p>Vous êtes : <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> le père</p> <p>Votre garde : <input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire <input type="checkbox"/> autre ➔ Précisez :</p> <p>Le cas échéant souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui ➔ Chaque parent doit faire son propre dossier</p>		

A défaut le tarif le plus élevé vous sera appliqué

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES ALAE/ALSH

SOUHAITEZ-VOUS REGLER VOS FACTURES PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE	ALAE/ALSH oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	---

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- Reconduction du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires
- Reconduction du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB
- 1ère demande de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie de Lescure pour signer le formulaire SEPA **avant le 06 septembre 2024**

Ou : Je me réserve le choix du mode de paiement, soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public **auprès du secrétariat de l'ALAE/ALSH** ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie ou auprès du secrétariat de l'ALAE/ALSH, l'accès au portail famille) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
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).	OUI / 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.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

ATTESTATION

Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs des structures, consultables en ligne sur le site <http://www.sivu-arthes-lescur.fr> ou sur le site de la commune.

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

- En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après :

Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant à toutes fins de bénéficiaire des services de restauration scolaire de la commune, de l'ALAE et de l'ALSH du SIVU ARTHES-LESCURE.

Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas et du service enfance et jeunesse.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

