

Dossier d'inscription Périscolaire et ALSH de Biriadou

Dossier valable du 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024.

Nom :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance :/...../.....

Ecole :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT : *(seuls les personnes mentionnées seront autorisés à récupérer votre enfant).*

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (parents en priorité)

Nom, prénom, lien : Téléphone.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Joindre la copie des vaccins

Allergies

Alimentaires :

Médicamenteuse :

Asthme :

Autres :

Conduite à tenir

PAI Oui Non *Si oui en remettre un exemplaire*

Antécédents médicaux :

L'enfant porte-t-il: des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez:

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

O J'autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas d'urgence à l'hôpital de Bayonne ou autre :

AUTORISATIONS

OUI

NON

J'autorise mon enfant à participer aux sorties dans le cadre de l'ALSH

J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'ALSH

J'autorise la Mairie de Biriadou à exploiter pour tout usage de reproduction et de représentation les photographies ou les images vidéo sur lesquelles figure mon enfant exclusivement pour les supports d'information et de communication municipaux.

J'autorise mon enfant à rentrer seul

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**Responsable légal****Responsable légal**

Lien :

Lien :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Téléphone
fixe :Téléphone
fixe :Téléphone
portable :Téléphone
portable :**Adresse
mail** :**Adresse
mail** :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Téléphone :

Téléphone :

Situation familiale :En cas de séparation : Garde alternée où La garde est attribuée à :**FACTURATION****Joindre attestation du quotient familiale si inférieur à 1250€**

La facture doit être adressée à :

En cas de séparation, souhaitez-vous que la facture soit partagée : Oui NonN° sécurité
sociale :N° sécurité
sociale :Régime : CAF MSA
autre :Régime : CAF MSA
autre :N°
d'allocataire :N°
d'allocataire :Quotient
familial :Quotient
familial :

ASSURANCES	
Joindre une attestation d'assurance extrascolaire en cours de validité	
Extrascolaire :N° de contrat :	

O Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur

Date :

Signatures des responsables légaux :

<u>DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR</u>
Photocopie des vaccins Attestation d'assurance extrascolaire Attestation du quotient familiale Attestation de l'Aide aux Temps Libre pour les bénéficiaires.