

 <p align="center">FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON¹ SERVICES RESTAURATION, PERISCOLAIRE, ALSH</p>	(A COMPLETER PAR L'AGENT)	
	PRELEVEMENT AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> PLANNING <input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> _____ COPIE <input type="checkbox"/> COPIE RESTAURATION <input type="checkbox"/> SAISIE ADMINISTRATIVE <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M / F
ECOLE :	<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Elémentaire	
	<input type="checkbox"/> ROQUEVAIRE CENTRE <input type="checkbox"/> PONT DE L'ETOILE <input type="checkbox"/> LASCOURS	

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> Famille recomposée	<input type="checkbox"/> Garde alternée	<input type="checkbox"/> Famille mono parentale	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)
---------------------	---------------------------------	-------------------------------	---	---	---	---

RESPONSABLE		CONJOINT / RESPONSABLE 2	
Nom Prénom: .....	.....	Nom Prénom: .....	.....
Adresse: .....	.....	Adresse: .....	.....
Complément d'adresse : .....	.....	Complément d'adresse: .....	.....
CP Ville : .....	.....	CP Ville : .....	.....
① Domicile : .....	.....	① Domicile : .....	.....
① Portable : .....	.....	① Portable : .....	.....
① Professionnel : .....	.....	① Professionnel : .....	.....
Courriel : .....	.....	Courriel : .....	.....

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	Prénom :	① Téléphone :
Nom :	Prénom :	① Téléphone :
Nom :	Prénom :	① Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies Médicamenteuses ou Autres : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :

Allergies Alimentaires : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :

Mise en place d'un PAI (projet d'accueil individualisé) obligatoire.

L'enfant mange t-il du Porc : OUI NON

DT Polio (copie obligatoire) Date du dernier rappel :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M, Mme, donne autorisation au responsable pour :

Prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant OUI NON

Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant : archives, presse, plaquette de la Mairie, expositions, autres bulletins. OUI NON

Inscrire mon enfant aux activités périscolaires (11h30-13h30/15h45-16h45) OUI NON

Laisser mon enfant rentrer seul (e) à 17h30 (enfants d'élémentaire uniquement) OUI NON

Accéder à mon compte CAF sur CAFPRO pour connaître mon quotient familial CAF OUI NON

Transmettre mes coordonnées aux associations de parents d'élèves OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris **connaissance du règlement intérieur.**

Fait à Roquevaire, le Signature du Responsable :

¹ Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/78, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit s'exerce auprès des services de la ville de Roquevaire traitant vos informations individuelles.

AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin :

Adresse :

① Téléphone:

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

.....

INSCRIPTIONS AUX SERVICES

veuillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine

Jour	Garderie du matin (7h30 - 8h30)	Service de Restauration	Activités périscolaires (15h45 - 16h45)	Etude / garderie du soir (16h45 - 17h30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + alsh ☉		
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☉ L'inscription au restaurant scolaire le mercredi vaut inscription à l'ALSH

L'inscription n'est définitive qu'après vérification du paiement de toutes les factures éditées

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime général Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° de Sécurité Sociale :	
Autre régime : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> EDF <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> MARITIME <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autre :	
N°CAF:	QF CAF:
Nom de la compagnie	
N° de l'assurance extra-scolaire :	
Revenu fiscal de référence N-1 de l'année scolaire (sur revenus N-2) * €
Nombre de personnes au foyer :	QF calculé: €
QUOTIENT VILLE	
QF1 : 0 à 500€ <input type="checkbox"/>	QF2 : 501 à 800€ <input type="checkbox"/>
QF3 : 801 à 1200€ <input type="checkbox"/>	QF4 : 1201€ et plus <input type="checkbox"/>

PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

Avis d'imposition du foyer 2016 *	<input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/>
COPIES du livret de famille	<input type="checkbox"/>	Justificatif de garde (si séparation)	<input type="checkbox"/>
COPIE page vaccin DTP du carnet de santé	<input type="checkbox"/>	RIB (si mise en place prélèvement automatique)	<input type="checkbox"/>

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDE

* Se référer à l'année scolaire en cours : avis 2016 (revenus 2015) pour l'année 2017-2018... Sans cette pièce, le QF4 sera appliqué.