

**CANTINE - PERISCOLAIRE - ALSH 2021-2022**
**Attestations assurances valides déposées :**

 Responsabilité civile  OUI  NON

 Individuelle Accidents  OUI  NON

**Dossier**
**D'inscription**
**Organisme prestations familiales :**

 .....  
 Nom de l'allocataire : .....

N° .....

**Documents à ramener :**

- Copie des vaccinations (si pas déjà fournies)
- Attestations d'assurance Responsabilité Civile + individuelle accidents **2021/2022**
- Dernier Avis d'imposition de **tous les membres du foyer** et dernier avis de Paiement CAF ou MSA.

**PERSONNES VIVANT AU FOYER**

Père <input type="checkbox"/>	Beau-Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-Mère <input type="checkbox"/>
<b>NOM &amp; PRENOM</b>		<b>NOM &amp; PRENOM</b>	
Date et Lieu de naissance		Date et Lieu de naissance	
Adresse		Adresse	
Profession		Profession	
 Domicile		 Domicile	
 Professionnel		 Professionnel	
 Portable		 Portable	
<i>Mail</i>		<i>Mail</i>	

**SITUATION FAMILIALE : (Cocher la case correspondante)**
 Vie maritale   
  Marié (e)   
  Pacsé   
  Divorcé (e)   
  Séparé(e)   
  Célibataire

**L'ENFANT**

<b>Nom &amp; Prénom</b>	
Sexe :	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Date naissance	
<b>CLASSE</b>	

Afin de sécuriser votre enfant pendant le temps cantine, veuillez nous indiquer si votre enfant a des problèmes Particuliers de santé, si OUI, lesquels : (asthme, diabète, épilepsie, convulsions fébriles, etc....)

Conformément aux textes en vigueur, tout élève présentant des problèmes de santé nécessitant une prise de médicaments, sera accepté en cantine qu'après la mise en place d'un PAI. Il est recommandé aux parents de se rapprocher, dans les meilleurs délais, de la direction de l'école pour retirer l'imprimé à remplir par les soins du médecin allergologue ou de famille. La Commune se décharge de toute responsabilité en cas de fausse déclaration.

**Votre enfant a-t'il un P.A.I en cours ?**  OUI  NON

**Le S.M.E.J. propose un accompagnement et un soutien aux familles afin de faciliter l'accueil des enfants en situation de handicap. Document disponible sur le site de la Commune.**

## AUTORISATION PARENTALE

Nous soussignés,.....

Responsables légaux de l'enfant,.....

- Acceptons la participation de notre enfant à toutes les activités organisées par la structure et être photographié ou filmé (diffusion sur le site de la Commune, exposition photos, sur le magazine de la Commune, DVD, films réalisés dans le cadre des activités des services).
- Autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les dispositions nécessaires au regard de l'état de santé de notre enfant et autorisons les médecins à pratiquer tout examen ou intervention chirurgicale qui s'avèrerait indispensable pour lui en cas d'hospitalisation d'urgence.
- Personnes (autres que les parents), à compléter obligatoirement :

Nom	Prénom	Lien de Parenté	Portable	Fixe	Autorisé(e) à Récupérer l'enfant	Contact en cas d'urgence
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Autorisons notre enfant à partir seul des activités du périscolaire et(ou) de l'accueil de loisirs

*\* champs obligatoires à remplir*  OUI  NON

Nous soussignés, ....., responsables légaux de l'enfant

..... **Certifions exacts les renseignements ci-dessus et attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site officiel de Grans et l'accepter.**

Grans, le

Signatures :