**- VILLE DE MOLSHEIM - Accueils Périscolaires et Extrascolaires - Fiche de renseignements -**

**Coller une photo ou copie couleur**

***M***

**Ecoles Maternelles**

**Année scolaire 2018/2019**

**Renseignements concernant l’ENFANT**

Nom :

Prénom :

Sexe F M

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: N° Rue Code postal Ville

**Ecole Maternelle :** Du Centre

De la Bruche

Des Près

- *Autre commune -*

**Section :** Petits

Moyens

Grands

Nom de l’enseignant : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Percevez-vous des prestations de la CAF ? : Oui Non Autre : ………......………

N° Allocataire C.A.F : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ N° Sécurité Sociale : \_ /

\_ \_ / \_

\_ / \_

\_ / \_ \_

\_ / \_ \_

\_ / \_ \_

(De la personne qui couvre l’enfant)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cadre réservé au service** | | |
|  | 1er enfant | 2èm enfant et + |
| Tarif de base – 10% |  |  |
| Tarif de base |  |  |
| Tarif de base + 10% |  |  |
| Tarif de base + 15% |  |  |
|  | | |

 **Le calcul du coût de l’activité est fonction du revenu fiscal de référence de la famille.**

 **Dans le cas d’une garde alternée avec facturation différenciée, une fiche renseignée par chacun des parents sera nécessaire.**

**RESPONSABLES LEGAUX DE L’ENFANT :**

**Père Mère**

Nom/Prénom :

Nom/Prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone du domicile : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ Téléphone du domicile : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_

Portable : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ Portable : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_

\* obligatoire pour avoir accès au portail Internet

**Courriel\* :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employeur :

Employeur :

Téléphone professionnel : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ Téléphone professionnel : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_

*Situation de famille :* célibataire union libre marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

*Factures à adresser à:* Père Mère

**AUTORISATIONS - INFORMATIONS**

J’autorise à prendre toutes mesures (hospitalisations, radios, analyses, anesthésies, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, si aucune des personnes à contacter ne peut être jointe en cas d'urgence.

Molsheim, le Signature des responsables légaux

**Régime alimentaire**

Aucun régime alimentaire particulier

Repas sans porc

*Plan d’accueil individualisé (P.A.I.)*

*Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tout P.A.I. sera accompagné d’un certificat médical.*

***Attention : lors du signalement d’une allergie alimentaire, les parents de l’enfant s’engagent à se rendre à la convocation du médecin scolaire. Dans le cas contraire, la commune se réserve le droit de ne pas accepter l'enfant sur les temps de repas.***

**Droit à l'image**

J’autorise la structure à utiliser l’image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour la présentation et l’illustration des activités périscolaires, extrascolaires et accueils de loisirs.

Molsheim, le \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux

**Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents) :**

*- Une pièce d'identité sera demandée -*

NOM/Prénom: : NOM/Prénom: :  Personne à prévenir en cas d'urgence (si différent des parents) :

NOM/Prénom :

tél. : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ tél. : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_

tél. : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_

OBSERVATIONS DES PARENTS

Le projet éducatif et le règlement de fonctionnement sont à votre disposition auprès du service.

**PIECES OBLIGATOIRES À JOINDRE A LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

***(à remettre au Service Scolaire et Périscolaire- bureau 4A à la mairie)***

*Tout dossier incomplet ne sera pas accepté*

**Photocopie intégrale de l'avis d'imposition N-1 sur les ressources N-2 du foyer fiscal si non fournie dans l’année civile en cours**

*(Toute non présentation impliquera automatiquement l’application du tarif le plus élevé)*

**Attestation d’assurance (Responsabilité Civile Individuelle Accident)**

**Fiche sanitaire complète**

**Photocopie des pages des vaccinations du carnet de santé**

**Copie du jugement en cas de séparation**

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom) ……………………………………………………………………………………………… responsable légal de l’enfant, déclare

exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte tous les termes.

**Date : Signature :**

  **Conformément à la loi 78‐17 du 06.01.78, les usagers sont informés de ce que les informations sont destinées à alimenter un fichier informatisé. Ils disposent dʹun droit dʹaccès et de rectification aux données les concernant. Le service, dans le but de favoriser le développement et l’amélioration de ses prestations, peut être amené à communiquer à des tiers les coordonnées des usagers. Ces derniers peuvent sʹopposer à cette cession sur papier libre adressé aux responsables du service.**