

DOSSIER D'INSCRIPTION – Année scolaire 2024/2025

ENFANT INSCRIT A L'ACCUEIL :

NOM - Prénom	Date de naissance	Classe	Etablissement scolaire fréquenté

Enfant en situation de handicap

INFORMATION FAMILLE :

La facturation sera faite au Nom du responsable légal 1

En cas de garde alternée, merci de nous transmettre le jugement ou le planning de garde (signé des 2 parents) pour la facturation de chacun.

RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM-Prénom :
 N°/Rue/Voie :
 Code Postal :
 Ville :
 ☎ Domicile :
 ☎ Portable :
 @ :
 N° Sécurité Sociale :
 Assurance couvrant les enfants :

Situation familiale :

Célibataire Marié Vie maritale
 Veuf Divorcé

Caisse d'allocations familiales : Renseignement obligatoire

CAF MSA Autre, précisez :
 N° Allocataire :
 Quotient Familial : Fournir un justificatif

Employeur :

Adresse :
 ☎ :

Médecin traitant des enfants :

NOM :
 Tél. :
 Ville :

RESPONSABLE LEGAL 2 :

NOM-Prénom :
 N°/Rue/Voie* :
 Code Postal* :
 Ville* :
 ☎ Domicile* :
 ☎ Portable :
 @ :
 N° Sécurité Sociale :
 Assurance couvrant les enfants :

Situation familiale :

Célibataire Marié Vie maritale
 Veuf Divorcé

Caisse d'allocations familiales :

CAF MSA Autre, précisez :
 N° Allocataire* :
 Quotient Familial* :

Employeur :

Adresse :
 ☎ :

Médecin traitant des enfants* :

NOM :
 Tél. :
 Ville :

* à remplir si différent du responsable légal du ou des enfants

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :

- Fiche d'inscription et d'autorisations parentales
- Photocopie des vaccins (DTPolio obligatoire)
- Attestation du Quotient Familial CAF, MSA,...

- Fiche sanitaire (une par enfant inscrit)
- Attestation d'assurance extra scolaire
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile

Fait à : _____ **Le :** _____
Signature des responsables légaux :



AFR APIC - Association Péri-scolaire Inter Communal
Accueil Collectif de Mineurs
2 rue des écoles - 17150 Nieul Le Virouil
ACCUEIL PERI ET EXTRA SCOLAIRE

AUTORISATIONS PARENTALES

Nous, soussignés autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires en cas d'urgence, à savoir : transfert pour hospitalisation, intervention du SAMU, POMPIERS, intervention d'un médecin autre que le médecin traitant. Nous autorisons les autorités médicales à pratiquer toutes les interventions d'urgence pour mon enfant et si nécessaire sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser l'intégralité des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. Si cela est possible, nous souhaitons que l'enfant soit hospitalisé à : (Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre enfant

- A participer à l'aide aux devoirs (les lundis et jeudis de 17h30 à 18h15)
- A se baigner : notre enfant sait nager
notre enfant ne sait pas nager.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (si le centre est dans l'impossibilité de prévenir les parents)

NOM-Prénom	☎Domicile	☎Portable	☎Travail	Qualité (grands-parents,..)

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LES ENFANTS :

NOM-Prénom	☎Domicile	☎Portable	☎Travail	Qualité (grands-parents,..)

DROIT A L'IMAGE :

Nous **AUTORISONS** **N'AUTORISONS PAS**

l'APIC à réaliser des photographies et/ou vidéos sur lesquelles figure notre enfant à les utiliser librement et gracieusement pour les opérations de communication de l'APIC quel que soit le support utilisé (site internet, document de présentation, brochure, presse écrite,...).

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image et/ou à la réputation de notre (nos) enfant(s).

Nous déclarons sur l'honneur que notre enfant bénéficie d'une couverture sociale et d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrant les activités extra-scolaires.

Fait à :

Le :

Signature des responsables légaux - Précédée de la mention "Lu et approuvé" :