

# Inscription 2020/2021

À retourner impérativement AVANT LE 15 JUIN 2020  
de préférence par mail à [adeline.haye@saint-georges-sur-loire.fr](mailto:adeline.haye@saint-georges-sur-loire.fr) ou en mairie

## ● Renseignements de l'enfant (une fiche par enfant)

Nom : ..... Prénom : ..... Garçon / Fille  
Date de naissance : ..... Classe (rentrée 2020/2021) : .....

## ● Responsables de l'enfant

### Responsable n°1 (Destinataire de la facture)

### Responsable n°2

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Nom : .....     | Nom : .....     |
| Prénom : .....  | Prénom : .....  |
| Adresse : ..... | Adresse : ..... |
| CP : .....      | CP : .....      |
| Commune : ..... | Commune : ..... |
| Mail : .....    | Mail : .....    |
| Tel : .....     | Tel : .....     |

Situation familiale (marié(e), séparé(e)...) .....

N° d'allocataire CAF - MSA - Autres ..... Quotient familial : .....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

| Nom     | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|---------|--------------------|-----------|
| 1 ..... | .....              |           |
| 2 ..... | .....              |           |
| 3 ..... | .....              |           |
| 4 ..... | .....              |           |

Personne(s) non autorisée(s) à récupérer l'enfant .....  
(Indiquer nom(s), prénom(s) et lien(s) de parenté) .....

### En cas d'urgence, contacter...

| Nom     | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|---------|--------------------|-----------|
| 1 ..... | .....              |           |
| 2 ..... | .....              |           |

## ● Accueil périscolaire

Mon enfant fréquentera l'accueil périscolaire à compter du : .....

**Lundi**  Matin  Après-midi **Jeudi**  Matin  Après-midi

**Mardi**  Matin  Après-midi **Vendredi**  Matin  Après-midi

**Occasionnel**

## ● Restauration scolaire

Mon enfant mangera à la cantine à compter du : .....

Jours fixes

Jours aléatoires

Régime alimentaire  Sans porc  Sans viande  Végétarien  
 Autres.....

*Pour réserver les repas, signaler une absence, se tenir informé, consultez régulièrement [www.monespacefamille.fr](http://www.monespacefamille.fr)*

**monespacefamille.fr**  
Services citoyens pour l'enfance 

## Autorisations de diffusion

● J'autorise / je n'autorise pas\* les équipes d'animation **de la cantine et de l'accueil périscolaire** à prendre des photos de mon enfant et à utiliser à titre gracieux ces images en interne, pour la présentation des activités ou dans la presse municipale.

● J'autorise / je n'autorise pas\* les équipes d'animation **de la cantine et de l'accueil périscolaire** à prendre des photos de mon enfant et à utiliser à titre gracieux ces images pour la présentation des activités ou sur les supports numériques de la commune (Site internet, Facebook de la ville...)

# ● Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

Mon enfant porte  Lunettes  Prothèses auditives  Prothèses dentaires  
 Autres.....

Antécédants médicaux et chirurgicaux (ex: intolérance/allergie alimentaire, opération récente, convulsions en cas de fièvre...)

.....  
.....

*En cas d'intolérance ou d'allergie, joindre obligatoirement un certificat médical.*

Les précautions à prendre

.....  
.....

## Projet d'accueil individualisé

Un PAI est-il mis en place pour votre enfant ?

Oui    Non    En cours    Motif :

           .....

*Si oui, joindre une copie du PAI, si en cours, joindre obligatoirement un certificat médical.*

## Mode de règlement choisi

- Par prélèvement (via mandat SEPA). *Le mandat SEPA est disponible sur demande en mairie et sur l'espace famille*
- Règlement en trésorerie
- Paiement en ligne sur [tipi.budget.gouv.fr](http://tipi.budget.gouv.fr)  
(Guide d'utilisation disponible sur l'espace famille)

Je soussigné, Mme, M., ....., mère, père, tuteur\*,  
responsable légal de l'enfant.....:

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise les équipes d'animation de la cantine et de l'accueil périscolaire à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin,
- m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille,

Fait à :

le :

signature :

### Documents à joindre avec le présent dossier

- Une copie du carnet de vaccinations.**  
*Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*
- Attestation de quotient familial**
- RIB et mandat de prélèvement** (si règlement par prélèvement)
- Certificat médical** en cas d'allergie/intolérances ou de PAI en cours
- Copie du PAI, s'il y a lieu**



**À noter : Tout dossier incomplet sera refusé**

*Les informations portées sur ce document font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à l'inscription de vos enfants aux services scolaires et périscolaires. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018, les données collectées ne font l'objet d'aucun transfert, cession ou commercialisation vers des tiers.*