

FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

Commune de BERSON

ÉLÈVE

NOM : Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Sexe : M F

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Scolarité demandée : Maternelle CYCLE 2 CYCLE 3 Classe : _____

RESPONSABLES LÉGAUX*

Mère Nom de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM Marital (nom d'usage): ----- Prénom : _____

Adresse : _____

(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : Téléphone portable : _____

Téléphone travail : Numéro de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Père Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : Téléphone portable : _____

Téléphone travail : Numéro de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : Téléphone portable : _____

Courriel : _____ @ _____

INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

Restaurant Scolaire :	Garderie du Matin :	Garderie du Soir :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DEPLACEMENT DE L'ENFANT

Personne habilitée à venir chercher l'enfant soit à l'école, soit à la garderie

NOMS	Prénoms	lien de parenté	téléphone

Aucun enfant ne sera remis à une personne mineure et ne pourra partir seul sans autorisation écrite du responsable légale (A joindre à la fiche d'inscription)

INFORMATION MEDICALE ou AUTRE

Nom et adresse du Médecin Traitant

Numéro de téléphone du médecin:

Date de la dernière vaccination DTPolio:

Votre enfant a-t-il une allergie? Si oui (joindre un certificat médical)

Régime alimentaire

Autres

EN CAS D'URGENCE / PERSONNES A CONTACTER

NOMS	Prénoms	lien de parenté	téléphone

Adresse de votre assurance

Numéro de police d'assurance : (joindre un justificatif d'assurances périscolaires pour l'année à venir)

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné

O-Autorise la publication des photos de mon enfant sur le site internet et le journal municipal de la Mairie

O-n'Autorise pas la publication des photos de mon enfant sur le site internet et le journal municipal de la Mairie

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné (é) ----- responsable légal de l'enfant-----

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie à prendre le cas échéant toutes mesures d'hospitalisation, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Berson,

Signature des Responsables Légaux

« En cochant la case, vous consentez à ce que la Mairie de Berson traite vos données personnelles recueillies au sein de ce formulaire.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Berson.

Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité, ainsi qu'à l'opposition en contactant le service concerné à la Mairie au 05.57.64.35.04. »