

Dossier d'inscription Périscolaire et ALSH de Biriato

Dossier valable du 1^{er} septembre 2020 au 31 août 2021.

Nom :
Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
Date de naissance :/...../.....
Ecole :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT : (seuls les personnes mentionnées seront autorisés à récupérer votre enfant).

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (parents en priorité)

Nom, prénom, lien : Téléphone.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
Joindre la copie des vaccins	
Allergies	Conduite à tenir
Alimentaires :	
Médicamenteuse :	
Asthme :	
Autres :	
PAI <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si oui en remettre un exemplaire</i>	
Antécédents médicaux :	
L'enfant porte-t-il: des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez:	
Médecin traitant :	Téléphone :
Adresse :	
O J'autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas d'urgence à l'hôpital de Bayonne ou autre :	

AUTORISATIONS	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux sorties dans le cadre de l'ALSH		
J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'ALSH		
J'autorise la Mairie de Biriato à exploiter pour tout usage de reproduction et de représentation les photographies ou les images vidéo sur lesquelles figure mon enfant exclusivement pour les supports d'information et de communication municipaux.		
J'autorise mon enfant à rentrer seul		

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Responsable légal	Responsable légal
Lien :	Lien :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone :	Téléphone :

Situation familiale :En cas de séparation : Garde alternée où La garde est attribuée à :**FACTURATION****Joindre attestation du quotient familiale si inférieur à 1250€**

La facture doit être adressée à :

En cas de séparation, souhaitez-vous que la facture soit partagée : Oui NonN° sécurité sociale :

N° sécurité sociale :

Régime : CAF MSA autre :

Régime : CAF MSA autre :

N° d'allocataire :

N° d'allocataire :

Quotient familial :

Quotient familial :

ASSURANCES

Joindre une attestation d'assurance extrascolaire en cours de validité

Extrascolaire : N° de contrat :

O Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur

Date :

Signatures des responsables légaux :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR

Photocopie des vaccins
Attestation d'assurance extrascolaire
Attestation du quotient familiale
Attestation de l'Aide aux Temps Libre pour les bénéficiaires.

ALSH Biriadou

05.59.20.69.08

clshbiriadou@hotmail.fr