Fiche de renseignements

Représentant l	égal 1 ou A	ssistant familiale o	u Tuteur légal				
Nom d'usage	:			Prénom :			
Nom de naisso	ınce:			Qualité (Père, M	ère)		
Adresse:							
Code Postal :				Ville:			
Téléphone fixe	:			Tél Portable :			
Tél Pro :							
Courriel:							
Représentant l	égal 2 ou A	ssistant familiale o	u Tuteur légal				
Nom d'usage	:			Prénom :			
Nom de naisso	ınce:			Qualité (Père, M	ère)		
Adresse:							
Code Postal :				Ville:			
Téléphone fixe	:			Tél Portable :			
Tél Pro :							
Courriel:							
Régime							
Allocataire	CAF	Régime Spécie	al (MAS ou Au	utre) Sc	ans Régir	ne	
Nom Allocatai	re:			N° allocataire :			
Nom Enfants à	Charge:						
Situation famili	ale:						
Marié(e)	Couple	Célibataire	Veuf(ve)	Divorcé(e)	Sépa	rée(e)	Pacsé(e)
En cas de sépo	aration ou c	le divorce, qui à la	garde de(s)	l'enfant(s) :			
Enfant(s) de la	famille						
Nom		Prénor	n	Date Naissar	nce	Clas	sse - Etablissement
Formulaire co	mplété le	:		Signature	e obliga	toire:	

Fiche d'inscription

Enf	iant 1		Enfant 2				
Nom:			Nom:				
Prénom:			Prénom:				
Date de naissance :			Date de naissance :				
Lieu de naissance :			Lieu de no	issance :			
Sexe:			Sexe:				
Etablissement scolaire (si déjà scolarisé)			Etablissem	ent scolair	e (si déjà so	colarisé)	
Classe:			Classe:				
Crèche de Bousbecque			Crèche de Bousbecque				
Votre enfant est-il inscrit à la crèche de Bousbecque ?			Votre enfant est-il inscrit à la crèche de Bousbecque ?				
Oui Non	Oui Non			Oui Non			
Attention : Nous attirons vo date prévue avec l'établis retour à la crèche sera po	on propreté	é, constaté					
	Inscriptio	on au re	staurant sco	olaire			
		Do 11h	30 à 13h30				
						.,	
	Lundi		Mardi	Je	udi	Vendredi	
Enfant 1							
Enfant 2							
Cela ne concerne que le premier mois d'inscription à la garderie/étude. Vous recevrez, pour l'inscription des mois suivant, soit une inscription papier avec votre première facture, soit un mail pour pouvoir le faire à partir du portail famille.							
Adhésion au prélèvement	automatique:		Oui	Non			
SI vous optez pour le prélè remettre au service régie u prelevement-automatique	unique (Document à 1						

PAI

Le projet d'accueil individualisé (PAI) concerne les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé tels que Pathologie chronique (asthme...), Allergies ou intolérances alimentaires. Il doit être mis en place soit par l'école (directrice) soit avec la mairie dans le cadres des activités périscolaires (ALSH)

Enfant 1	Enfant 2
Oui Non	Oui Non

Inscription Périscolaire (Études et Garderies)												
	Matin				S	Soir (16h30-17h30)			Soir (17h30-18h30)			0)
	L	М	J	V	L	М	J	V	L	M	J	V
Enfant 1												
Enfant 2												
Attention: Cela ne concerne que le premier mois d'inscription à la garderie/étude. Vous recevrez, pour l'inscription des mois suivant, soit une inscription papier avec votre première facture, soit un mail pour pouvoir le faire à partir du portail famille. Adhésion au portail famille												
Afin de faciliter vos démarches administratives, la ville de Bousbecque met à votre disposition un service en ligne: Le portail familles. Il s'agit d'un espace personnel et sécurisé, accessible 24h/24 et 7 jours/7 vous permettant d'inscrire et de consulter vos factures.												
Pour adhérer au po	ortail fan	nilles, il	vous suf	fit de rer	nplir les	champ	s ci-des	sous :				
J'opte pour la fact	ure élec	troniqu	e à 1009	%:		Oui	Nor)				
J'opte pour la fact toujours recevoir la				e souhai	ite	Oui	Nor	1				

Fait à : Le : Signature obligatoire :

Une adresse mail est obligatoire :

À compléter impérativement

Personnes autorisées à prendre en charge le (les) enfants

5 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la Mairie par téléphone en cas d'imprévu.

vivernerii conselle de	e preveriii les agerris de la Mairie p	di lelepilorie eli cas (и ппртечо.
Personne 1 :			
Nom:		Prénom :	
Téléphone fixe :		Portable:	
Lien de parenté :			
Personne 2 :			
Nom:		Prénom :	
Téléphone fixe :		Portable:	
Lien de parenté :			
Personne 3:			
Nom:		Prénom :	
Téléphone fixe :		Portable:	
Lien de parenté :			
Personne 4 :			
Nom:		Prénom:	
Téléphone fixe :		Portable:	
Lien de parenté :			
Personne 5 :			
Nom:		Prénom :	
Téléphone fixe :		Portable:	
Lien de parenté :			

Fait à: Le: Signature obligatoire:

	Autorisation de publication	de l'image de mon e	nfant		
Je soussigné(e),					
Représentant légal d	u (des) enfant(s) :				
	Enfant 1		Enfant 2		
Nom:		Nom:			
Prénom :		Prénom:			
Autorise les écoles et la mairie de Bousbecque à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient prises dans le cadre des activités scolaires et périscolaires. Celles-ci pourront être reproduites par les écoles, la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.					
Oui Non		Oui Non			
	Assur	ance			
L'enfant doit être co	uvert par un assurance responsabi	lité civile individuelle a	ccident corporel		
	Enfant 1		Enfant 2		
Nom:		Nom:			
Prénom:		Prénom:			
Responsabilité civile		Responsabilité civile			
Accident corporel		Accident corporel			
Compagnie d'assura	ince:	Compagnie d'assurance	ce:		
N° Contrat :		N° Contrat :			

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),			
Représentant légal d	u (des) enfant(s) :		
	Enfant 1		Enfant 2
Nom:		Nom:	

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service scolaire, jeunesse, facturation et les écoles de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...)

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire consultable en ligne (Rubrique Démarches en ligne - Règlement intérieur) conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Bousbecque, aux directeurs d'école, à l'Inspecteur de l'Éducation Nationale de circonscription et au Directeur Académique des services de l'Éducation Nationale.

Fait à : Le : Signature obligatoire :

Fiche sanitaire de liaison

Enfant 1	Enfant 2				
Nom:	Nom:				
Prénom:	Prénom:				
Renseignements médic	caux concernant l'enfant				
Régime alimentaire spécifique	Régime alimentaire spécifique :				
Oui Non	Oui Non				
Allergies:	Allergies:				
Oui Non	Oui Non				
Traitements médicaux :	Traitement médicaux :				
Oui Non	Oui Non				
Mark the second					
	adies				
Angine: Oui Non	Angine: Oui Non				
Coqueluche: Oui Non	Coqueluche: Oui Non				
Oreillons: Oui Non	Oreillons: Oui Non				
Otite: Oui Non	Otite: Oui Non				
Rougeole: Oui Non	Rougeole: Oui Non				
Rubéole: Oui Non	Rubéole: Oui Non				
Scarlatine: Oui Non	Scarlatine: Oui Non				
Varicelle: Oui Non	Varicelle: Oui Non				
Autre (à préciser):	Autre (à préciser):				

Enfant 1	Enfant 2				
Nom:	Nom:				
Prénom:	Prénom:				
Renseignements médic	aux concernant l'enfant				
Antécédents médicaux :	Antécédents médicaux :				
Hospitalisation:	Hospitalisation:				
Commentaire:	Traitement médicaux :				
Informati	ion santé				
Votre enfant a-t-il des fragilités osseuses ou musculaires (entorse ou fracture récente) ? :	Votre enfant a-t-il des fragilités osseuses ou musculaires (entorse ou fracture récente) ? :				
Oui Non	Oui Non				
Si oui, précisez :	Si oui, précisez :				
Votre enfant présente-t-il des fragilités (sensibilité au soleil, autres)	Votre enfant présente-t-il des fragilités (sensibilité au soleil, autres)				
Oui Non	Oui Non				
Si oui, précisez :	Si oui, précisez :				

		•	
	Enfant 1		Enfant 2
Nom:		Nom:	
Prénom:		Prénom:	
	Informations	s santé (suite)	
Votre enfant port prothèse auditive	te-t-il des lunettes, lentilles ou es…?	Votre enfant porte- prothèse auditives	t-il des lunettes, lentilles ou .?
Oui Non		Oui Non	
Si oui, précisez :		Si oui, précisez :	
	Médecin o	u spécialiste	
Nom:		Nom:	
Adresse:		Adresse:	
Téléphone :		Téléphone :	
	Autorisation (et informations	
Autorisation de q	uitter seul l'accueil ? :	Autorisation de quit	ter seul l'accueil ? :
Oui Non		Oui Non	
Autorisation de p	artir seul des mercredis récréatifs ? :	Autorisation de part	tir seul des mercredis récréatifs ? :
Oui Non		Oui Non	
Délivrance de me	édicaments sur ordonnance ? :	Délivrance de méd	icaments sur ordonnance ? :
Oui Non		Oui Non	
Autorisation de b	aignade ? :	Autorisation de baiç	gnade ? :
Oui Non		Oui Non	
L'enfant sait-il na	ger ? :	L'enfant sait-il nage	r?:
Oui Non		Oui Non	
Autorisation d'ho	spitalisation / Urgence ? :	Autorisation d'hospi	italisation / Urgence ? :
Oui Non		Oui Non	

	Enfant 1			Enfant 2	
Nom:		Nom:			
Prénom:		Prénom:			
Autorisations et informations (ADOS)					
Autorisation de quitte	er seul l'accueil avant 22h ? :	Autorisation	n de quitte	er seul l'accueil avant 22h ? :	
Oui Non		Oui	Non		
Autorisation de quitte	er seul l'accueil après 22h ? :	Autorisation	n de quitte	er seul l'accueil après 22h ? :	
Oui Non		Oui	Non		
Autorisation de se dé espace fermé (parc	éplacer en autonomie dans un d'attraction) ? :			placer en autonomie dans un d'attraction) ? :	
Oui Non		Oui	Non		
Autorisation de se dé espace ouvert (Ville.	éplacer en autonomie dans un) ? :	Autorisation espace out		eplacer en autonomie dans un) ? :	
Oui Non		Oui	Non		
Fait à :	Le:		Signat	ture obligatoire :	