

FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs des structures, consultables en ligne sur le site <http://www.sivu-arthes-lescure.fr> ou sur le site <http://www.lescure-albigeois.fr/restauration-scolaire>.
 - nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
 - certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
 - autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
 - attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.
 - En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après :
 Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant à toutes fins de bénéficier des services de restauration scolaire de Lescure d'Albigeois, de l'ALAE et de l'ALSH du SIVU ARTHES-LESCURE.
 Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas et du service enfance et jeunesse.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES RESTAURATION SCOLAIRE ET ALAE/ALSH

SOUHAITEZ-VOUS REGLER VOS FACTURES PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE	Restauration scolaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ALAE/ALSH oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	---	---

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- Reconduction** du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires
- Reconduction** du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB
- 1ère demande** de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie pour signer le formulaire SEPA **avant le 06 septembre 2024**
- Ou :** Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de la mairie ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie, l'accès au portail famille) :