

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM:.....PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :...../...../..... Fille Garçon

ETABLISSEMENT SCOLAIRE:.....

école maternelle / Classe :..... école élémentaire / Classe :.....

SANTE

Votre enfant est-il en situation de Handicap : OUI NON

Bénéficiez-vous de l'allocation enfant handicapé OUI

Hospitalisation en cas d'urgence : OUI NON

Régime particulier :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) certificat médical à l'appui (démarche à faire auprès de l'école)

Autre.....

AUTORISATION

Autorisation à partir seul : Ecole : OUI NON Accueil de loisirs : OUI NON

Autorisation photo : J'autorise, sans contrepartie, la municipalité de Gerzat et l'équipe pédagogique à diffuser sur tous les supports, les photos de mon enfant qui pourraient être prises dans le cadre des activités des ALSH périscolaires et extrascolaires.

OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL 1- ALLOCATAIRE CAF

Père Mère Tuteur (trice)

Marié Pacsé Union libre Divorcé Séparé Célibataire

Nom :

Prénom:.....

Conjoint(e) si différent du responsable légal 2 : Nom.....Prénom.....

ADRESSE : N°.....Rue.....Bat.....Appart.....

Code postal.....Commune.....

Tél. fixe :...../...../...../...../..... Tél. portable :...../...../...../...../..... Tél. professionnel :...../...../...../...../.....

E-mail :J'autorise l'envoi de courriel OUI NON

Profession :Nom de l'employeur :

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère Tuteur (trice)

Marié Pacsé Union libre Divorcé Séparé Célibataire

Nom :

Prénom:.....

Conjoint(e) si différent du responsable légal 1 : Nom.....Prénom.....

ADRESSE : N°.....Rue.....Bat.....Appart.....

Code postal.....Commune.....

Tél. fixe :...../...../...../...../..... Tél. portable :...../...../...../...../..... Tél. professionnel :...../...../...../...../.....

E-mail :J'autorise l'envoi de courriel OUI NON

Profession :Nom de l'employeur :

SITUATION FAMILIALE/PARENTS DIVORCES OU SEPARES

Une copie du jugement devra être fournie.

Garde alternée (un écrit est obligatoire) soit:

Préciser le rythme :.....
.....

Joindre le calendrier de garde.

COUVERTURE SOCIALE DU RESPONSABLE 1 OU DE L'ENFANT SUIVANT SITUATION FAMILIALE

Régime social : CAF MSA (Agricole) AUTRE

N° allocataire :N° de sécurité sociale :.....

Nombre d'enfant(s) à charge :Nombre d'enfants scolarisé(s) :.....

AUTORISATION PARENTALE

Personnes à contacter en priorité en cas d'urgence : (cocher la case qui correspond)

Père Mère Tuteur(trice)

Autres : (mettre le nom de la personne qui doit figurer sur la liste)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autres que les parents (les mineurs ne sont pas autorisés):

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	AUTORISATION	
				A RECUPERER L'ENFANT (cocher)	A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (cocher)

Lors de la prise en charge de l'enfant une pièce d'identité sera demandée

Service Municipal Enfance Jeunesse

3, allée Claude Blois

63 360 GERZAT.

N° de tel : 04 73 27 85 05

inscriptions-smej@ville-gerzat.fr