

S.I.R.P.L.A.C.E.S

130 le Bourg Sud Cantois
33760 PORTE-DE-BENAUZE
09.82.12.20.28

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION ANNÉE 20 .. – 20 ..

SERVICES PÉRISCOLAIRES et RESTAURATION

DOSSIER À DÉPOSER AU S.I.R.P.L.A.C.E.S ou PAR MAIL « sirplaces@gmail.com »

- Accueil périscolaire
- Restauration

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- Fiche annuelle inscription
- Fiche sanitaire avec photocopies des vaccinations de l'enfant
- Copie du livret de famille
- Attestation de la carte vitale
- Attestation d'assurance scolaire, extrascolaire ou responsabilité civile
- Justificatif du régime allocataire CAF ou MSA
- RIB si choix de prélèvement automatique

Tout dossier incomplet sera retourné

RESPONSABLES LEGAUX

ÉCRIRE EN LETTRE CAPITALE, MÊME POUR L'ADRESSE MAIL.

Premier représentant légal (parent – tuteur)

NOM :
Prénom :
Téléphone domicile : Portable :
Téléphone Professionnel :
Courriel :
Adresse :
.....
Profession :
Nom et adresse employeur :
.....

Deuxième représentant légal (parent – tuteur)

NOM :
Prénom :
Téléphone domicile : Portable :
Téléphone Professionnel :
Courriel :
Adresse :
.....
Profession :
Nom et adresse employeur :
.....

N° de Sécurité Sociale du Parent couvrant l'enfant :
Adresse de la Caisse :

Régime Allocataire : CAF MSA AUTRES
N°Allocataire CAF: Matricule MSA :

Nom assurance scolaire, extra-scolaire :
N° de contrat :

Situation familiale

Résidence principale de l'enfant :

Domicile des parents Domicile de la mère Domicile du père Autre (Préciser)

Autorité parentale conjointe Oui Non

Si non, joindre la photocopie du jugement

ENFANT

Nom :
Prénom(s) :
Garçon Fille
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
.....

AUTORISATIONS

► Je soussigné (e),,
responsable légal de l'enfant....., autorise le responsable de la
structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, à savoir :

- Transport en ambulance
- Hospitalisation
- Soins nécessitant un médecin.

En cas d'examen par un médecin, la consultation reste à la charge de la famille, qui aura, par la suite, la possibilité de se faire rembourser par la sécurité sociale

NOM, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant.....
.....
.....
.....

► Personnes à prévenir en cas d'urgence en dehors des responsables légaux

1 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

2 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

3 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

4 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

► **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur la structure en dehors des responsables légaux**

1 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

2 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

3 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

4 - NOM, PRÉNOM,
Tel :
Lien de parenté :

► **Une pièces d'identité pourra être demandée.**

► **J'autorise mon enfant à sortir seul de la structure** oui non

INSCRIPTION AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES

Enfant

NOM :

Prénom :

		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
RESTAURATION		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel
ACCUEIL PERISCOLAIRE	Matin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel
	Soir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel
RAMASSAGE SCOLAIRE		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel			

FACTURATION DES SERVICES

Je souhaite que les communications avec le SIRPLACES (informations, factures...) soient effectuées par mail : Oui Non

► LES FACTURES SERONT À ADRESSER :

Au premier représentant légal

Au deuxième représentant légal

Si l'enfant est en garde alternée et qu'il est souhaité une facturation séparée, chacun des deux parents devra remplir un dossier d'inscription pour l'enfant afin de pouvoir lui délivrer deux badges qu'il utilisera selon la semaine de garde.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Je m'engage à signaler tout changement de situation, de numéro de téléphone, d'autorisation... au secrétariat du SIRPLACES et au service périscolaire.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la structure (restauration, accueil périscolaire et transport) et m'engage à les respecter.

Fait à Le

Signature du (des) représentant(s) légaux :