



(En cas de garde partagée : signature obligatoire des 2 parents ou 1 dossier par parent)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance : _____ Garçon Fille

Adresse : _____

Classe : _____ Enseignant : _____ Ecole : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

(A RENSEIGNER UNIQUEMENT POUR UNE PREMIERE INSCRIPTION OU MODIFICATIONS)

RESPONSABLE LEGAL 1

MÈRE PÈRE AUTRE (à préciser) :

Autorité parentale oui non

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ Fixe /portable : _____

☎ Professionnel : _____

Courriel : _____@_____

N° allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et adresse employeur : _____

REPOSABLE LEGAL 2

MÈRE PÈRE AUTRE (à préciser) :

Autorité parentale oui non

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ Fixe /portable : _____

☎ Professionnel : _____

Courriel : _____@_____

N° allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et adresse employeur : _____

SERVICES PÉRISCOLAIRES


IMPORTANT :

Mon enfant (NOM, prénom) _____ fréquentera les services périscolaires de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La Fabrique | <input type="checkbox"/> Saint-Brice s/Vienne bourg |
| <input type="checkbox"/> Saint-Martin de Jussac | <input type="checkbox"/> Saint-Martin de Jussac et Saint-Brice s/Vienne bourg |

RESTAURANT SCOLAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> ECOLES DE SAINT-BRICE	<input type="checkbox"/> ECOLE DE SAINT-MARTIN
CHOIX DU FORFAIT <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI	PAS DE FORFAIT, REPAS FACTURE A LA PRESENCE
FACTURATION	
<input type="checkbox"/> Resp. légal 1 et resp. légal 2	
En cas de garde alternée :	
Semaines paires : <input type="checkbox"/> Resp. légal 1 <input type="checkbox"/> Resp. légal 2	
Semaines impaires : <input type="checkbox"/> Resp. légal 1 <input type="checkbox"/> Resp. légal 2	
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Prélèvement (fournir un RIB)	Uniquement mensuelle Pas de prélèvement
Menu <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> PAI	



GARDERIE PÉRISCOLAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
PLANNING	FACTURATION
<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Période scolaire <input type="checkbox"/> Annuel	<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Prélèvement (fournir un RIB)
Planning obligatoire quel que soit le choix	<input type="checkbox"/> Resp. légal 1 et resp. légal 2
	En cas de garde alternée :
	Semaines paires : <input type="checkbox"/> Resp. légal 1 <input type="checkbox"/> Resp. légal 2
	Semaines impaires : <input type="checkbox"/> Resp. légal 1 <input type="checkbox"/> Resp. légal 2

TRANSPORT SCOLAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Navette (entre les écoles) N° du véhicule : 495	Bus (domicile/école/domicile) N° du véhicule : 496
<input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI	<input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI
<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> matin
<input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> soir

NB : L'inscription de votre/vos enfant(s) doit auparavant impérativement se faire auprès du Service des Transports de la Nouvelle Aquitaine (formulaire disponible en mairie ou sur le site de la mairie www.stbrice87.fr ou inscription directement sur le site internet de la région transports.nouvelle-aquitaine.fr.)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022

VACCINATIONS *(se référer au certificat de vaccinations de l'enfant)*

→ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si oui, préciser : _____

→ *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance*

ALLERGIES :

MEDICAMENTS : oui non

ALIMENTAIRES : oui non

AUTRE (à préciser) : _____

ASTHME : oui non

→ **En cas d'allergie, nécessité d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) auprès du Directeur de l'école.**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

→ L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Si oui, préciser :

→ Le personnel d'encadrement assure un accueil collectif. Or, certains enfants présentant un handicap, une réduction de leur autonomie ou des problèmes de comportement ont besoin d'un accompagnement plus individualisé par un personnel formé à cet effet. Dans ce cas, les modalités d'accueil doivent être préalablement définies dans le cadre du protocole de scolarisation de l'enfant.

Est-ce qu'une demande d'accompagnement individuel sur le temps périscolaire a été sollicitée pour votre enfant ? Oui Non

Si oui, cette demande a-t-elle été validée ? Oui Non

ATTESTATIONS/AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M. / Mme _____ Responsable légal 1/Responsable légal 2

Atteste sur l'honneur que **j'ai bien souscrit une police d'assurance** complète responsabilité civile extra-scolaire couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Nom de l'organisme : _____ Numéro de police : _____

Précise qu'il ne présente **aucune contre-indication médicale ou autre** pour participer à toutes les activités périscolaires organisées par la commune de Saint Brice sur vienne.

Autorise la commune à réaliser et utiliser **des photos ou vidéos** sur lesquelles mon enfant fréquentant le service de restauration scolaire et l'accueil périscolaire apparaît pour diffusion sur tout support (supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Autorise mon enfant, **sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile** à la fin des activités périscolaires. A partir de ____ heures. (Pour les élémentaires uniquement)

Atteste sur l'honneur que les renseignements donnés sont en cours de validité, je m'engage à faire parvenir aux services concernés tous changements qui se produiraient dans ma situation au cours de l'année.

Souhaite disposer des informations périscolaires par mail, pour ce faire je transmets mes identifiants. :

_____ @ _____ Responsable légal 1 Responsable légal 2

_____ @ _____ Responsable légal 1 Responsable légal 2

Dans le cas contraire, les informations seront diffusées dans le cahier de correspondance des services périscolaires.

AUTORISATIONS :

Nom Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Autorisé (e) à venir chercher mon enfant	J'autorise la mairie à contacter cette personne si besoin

Les personnes autorisées à prendre l'enfant, autres que celles inscrites ci-dessus, devront se présenter munies d'une autorisation parentale et d'un justificatif d'identité. Les parents devront impérativement le signaler au préalable à la responsable périscolaire.

SIGNATURES

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce formulaire et autorise la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À _____, le _____ 2021

RESPONSABLE LEGAL 1 :

RESPONSABLE LEGAL 2 :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par les services de la collectivité de Saint Brice sur vienne. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire. Pendant cette période, la commune de Saint Brice sur Vienne met tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. Pour toute information complémentaire, vous pouvez nous solliciter par mail : mairie@stbrice87.fr ou dans nos locaux : Mairie - 1 place Maisondieu 87200 Saint Brice sur Vienne.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
(uniquement pour les services périscolaires de Saint-Brice-sur-Vienne)

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

NOM – Prénom de l'enfant : _____

Je vous prie de bien vouloir faire prélever en votre faveur, la somme dont je suis débiteur au titre des services périscolaires.

Restaurant scolaire

Garderie scolaire

La présente instruction demeure valable jusqu'à ce que j'en ai demandé l'annulation **au plus tard 15 jours avant le mois de facturation.**

Fait à : _____, le _____ 2021

Signature