



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES 2023-2024 VILLE DE BRUYERES-SUR-OISE

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse :

.....

.....

Né(e) le

À

Sexe : Masculin Féminin

Email de référence pour le Portail famille :

Si l'enfant a de la fratrie dans l'école, prénom et nom de l'enfant :

.....

GENERALITES

Repas / Régime alimentaire

- Sans régime particulier*
- Sans porc*
- Halal*
- PAI (Allergies Alimentaires)*

Renseignements CAF

N° Allocataire :

Quotient familial :

Nombre d'enfants à charge :

SCOLARITE

Classe de l'enfant à la rentrée de septembre 2023

Mémo

Classe :

Ecole :

Enseignant :

(Si déjà connu)

1ère inscription scolaire (PS)

Passage en élémentaire (CP)

Autre

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom - Prénom	Date de naissance	Téléphone	Lien de parenté

RESPONSABLES LEGAUX (En cas de garde alternée merci de remplir un dossier par parent)

Parenté :

Mère Père Autre (responsable légal)

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse (Si différente de l'enfant) :

.....

.....

N° Portable :

N° Fixe :

Profession :

Employeur :

Parenté :

Mère Père Autre (responsable légal)

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse (Si différente de l'enfant) :

.....

.....

N° Portable :

N° Fixe :

Profession :

Employeur :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Fournir une attestation en cours de validité

Responsabilité civile OUI NON

Individuelle Accident OUI NON

NOM : N° Police :

AUTORISATIONS DE TRANSPORT - DÉPLACEMENT

- Autorise
 N'autorise pas

Le personnel à utiliser tous les moyens adéquats (à pieds, bus, minibus...) pour tous les déplacements de mon enfant.

En cas de refus, j'ai pris note que mon enfant ne pourra recourir qu'au service de restauration scolaire.

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant
..... certifions l'exactitude des
renseignements figurant sur cette fiche et approuvons sans réserve le règlement intérieur des accueils qui m'a été remis.

Signatures du/des Représentants Légaux

Le mineur présente-t-il un problème de santé qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui Non

.....
.....
.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Exemples : Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc ...

.....
.....
.....
.....

4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Les responsables légaux seront informés prioritairement.

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

5. RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable 1 : NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Travail : Tél. Portable :

Responsable 2 : NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Travail : Tél. Portable :

Nom Médecin traitant : Tél :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE et SIGNATURE :

Observations :

.....

.....