



FICHE D'INSCRIPTION UNIQUE  
Année 2018/2019

Choix du type de service :

- RESTAURATION  
 ACCUEIL PERISCOLAIRE

Cadre réservé à l'administration

- Copie remise à l'agent  
d'encadrement le :

(Il est impératif que toutes les rubriques soient remplies)

(1) cochez la case correspondante

**ENFANT** : Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : (1) F  - M

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu et Département de naissance : ..... Age : .....

Ecole fréquentée :  Ecole maternelle  Ecole primaire Classe (rentrée 2018/2019) : .....

**Nom et Prénom du Responsable légal** : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

Qualité :  Père  Mère  Tuteur  Autre, précisez : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Tél. Professionnel : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**Situation familiale** : (1)  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Nom et Prénom du deuxième parent** : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

Qualité :  Père  Mère  Tuteur  Autre, précisez : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Tél. Professionnel : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence autres que les parents :**

Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél. : .....

Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél. : .....

Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél. : .....

**En cas de maladie :**

- Fournir un certificat médical dans les 48 heures,
- Prévenir impérativement et immédiatement le secrétariat de la mairie.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (1)  OUI  NON

Il est rappelé aux parents que la responsabilité des accidents commis par les enfants incombe aux parents. C'est pourquoi, lors de l'inscription de l'enfant, les parents devront obligatoirement fournir une attestation d'assurance responsabilité civile / scolaire – extrascolaire pour couvrir cette période d'interclasse.

Nom de l'assureur : ..... Tél. : ..... N° de police ou contrat : .....

**AUTORISATION PARENTALE**  
**A remplir obligatoirement**

(\*) Rayer les mentions inutiles.

**REPRISE DE L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE DU PARENT**

Indiquez obligatoirement le nom des personnes **MAJEURES** autorisées à reprendre l'enfant :

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....

**TRANSPORT A L'HOPITAL**

En cas d'accident, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : ..... responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (\*)  
donne l'autorisation de transporter mon enfant (Nom, Prénom) .....  
au Centre Hospitalier le plus proche.

**Rappel : en cas d'accident hors temps scolaire la responsabilité de la Commune de CHARMES ne pourra être engagée qu'en cas de défaut de surveillance.**

A ..... Le .....

Signature du responsable,

**DROIT A L'IMAGE**

L'article 9 du Code Civil définit le droit au respect de la vie privée qui permet aux individus de disposer de prérogatives concernant l'utilisation qui peut être faite de leur image. Pour les mineurs, il nous est recommandé d'obtenir une autorisation parentale d'utilisation de l'image.

**J'autorise** la Mairie de CHARMES à utiliser, dans le cadre des activités sur tous supports (presse, internet, publications, brochures, bulletins d'informations, ...), des photos de mon enfant prises au cours du temps de restauration scolaire, accueil périscolaire, sans contrepartie financière.

**Je refuse** que la Mairie de CHARMES utilise des photos de mon enfant.

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2018/2019 et pourra être révoquée à tout moment.

La présente autorisation est incessible, inviolable.

A ..... Le .....

Signature du responsable,

Je soussigné(e) : M. Mme ..... responsable de l'enfant : .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je certifie que mon enfant n'a pas de contre-indication médicale pour participer avec d'autres enfants, aux activités proposées par le service concerné de la Mairie de CHARMES.

et reconnaît avoir pris connaissance des règlements intérieurs de chaque service et m'engage à les respecter et les faire respecter par mon enfant.

A ..... Le .....

Signature du responsable,

**Informations complémentaires susceptibles d'assurer une meilleure prise en charge de votre enfant :**

**Nous déclinons toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets ou de vêtements de valeur,  
dans le cadre des activités mises en place par le service.**