



## FICHE INDIVIDUELLE DE RÉSERVATION AUX TEMPS PÉRISCOLAIRES 2023-2024 MATERNELLE – ÉLÉMENTAIRE - 1ÈRE INSCRIPTION

*Toutes les rubriques recto-verso de la fiche individuelle de réservation doivent être remplies lisiblement et en lettres majuscules. Toute fiche incomplète sera refusée.*

**Nom/Prénom de l'enfant :** .....

**Date de naissance :** .....  F  M      **Classe :** .....

**Enfant en situation de handicap :**  oui  non      **Nature du handicap :** .....

**Mon enfant utilise le transport scolaire :**  oui  non

### INFORMATIONS FAMILLE

	PARENT 1	PARENT 2	AUTRE RESPONSABLE LÉGAL
NOM			
PRÉNOM			
SITUATION FAMILIALE			
PROFESSION			
ADRESSE			
COMMUNE			
TEL MOBILE			
TEL TRAVAIL			
COURRIEL			

### **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)**

NOM	PRÉNOM	AGE	SI MAJEUR, N° TÉLÉPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

### **Frères et sœurs de moins de 16 ans résidant à la même adresse**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE

**J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé pendant les activités périscolaires :**  OUI  NON

**J'accepte de recevoir de recevoir par mail La Lettre Éducation trimestrielle :**  OUI  NON

**J'accepte de communiquer mon adresse et courriel aux associations de parents d'élèves :**  OUI  NON

## INFORMATIONS FACTURATION

<b>DÉSIGNATION DU PAYEUR UNIQUE POUR LA FAMILLE</b>	
Nom <b>qui apparaîtra sur la facture</b> : .....	
N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE (sur lequel est rattaché l'enfant) : .....	
N° AUTRE RÉGIME (MSA, autre...) : Fournir la photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2022 <u>sur les revenus de 2021*</u> .	
<input type="checkbox"/> <b>ACCEPTE</b> de recevoir les factures mensuelles uniquement sur l'adresse courriel ci-après et de ne plus recevoir les factures papier (écrire en majuscules) .....@.....	
<b>GARDE ALTERNÉE - DEMANDE DE FACTURATION SÉPARÉE</b>	
<b>PAYEUR 1</b> SEMAINE    PAIRE <input type="checkbox"/> IMPAIRE <input type="checkbox"/>	<b>PAYEUR 2</b> SEMAINE    PAIRE <input type="checkbox"/> IMPAIRE <input type="checkbox"/>
Nom <b>qui apparaîtra sur la facture</b> : .....	Nom <b>qui apparaîtra sur la facture</b> : .....
N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE : ..... (sur lequel est rattaché l'enfant)	N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE : ..... (sur lequel est rattaché l'enfant)
N° AUTRE RÉGIME (MSA, autre...) : Fournir la photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2022 <u>sur les revenus de 2021*</u>	N° AUTRE RÉGIME (MSA, autre...) : Fournir la photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2022 <u>sur les revenus de 2021*</u>
<input type="checkbox"/> <b>ACCEPTE</b> de recevoir les factures mensuelles uniquement sur l'adresse courriel ci-dessous et de ne plus recevoir les factures papier (écrire en majuscules). .....@.....	<input type="checkbox"/> <b>ACCEPTE</b> de recevoir les factures mensuelles uniquement sur l'adresse courriel ci-dessous et de ne plus recevoir les factures papier (écrire en majuscules). .....@.....

## LE PÉRISCO MATIN – SOIR

<input type="checkbox"/> <b>RÉSERVATION PONCTUELLE</b>				
<input type="checkbox"/> <b>RÉSERVATION RÉGULIÈRE</b>				
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Soir				
<input type="checkbox"/> <b>GARDE ALTERNÉE – réservation régulière pour l'année scolaire</b>				
<b>SEMAINE PAIRE</b>			<b>SEMAINE IMPAIRE</b>	
Nom du responsable : .....			Nom du responsable : .....	
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Soir				

## LA RESTAURATION SCOLAIRE

Mon enfant mange au restaurant scolaire	Demande de repas
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> SANS PORC <input type="checkbox"/> SANS VIANDE

## INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin traitant : .....		Tél : .....	
Maladie infectieuse	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Coqueluche
Allergie et/ou intolérance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Piqûre d'insecte
Appareillage	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> Appareil auditif

**Déclare(nt) exactes les informations portées sur cette fiche et s'engage(nt) à informer la direction de l'accueil périscolaire concernée de toute modification ou de tout changement en cours d'année scolaire.**

Le .....

Signature Parent 1

Signature Parent 2