

FICHE D'INSCRIPTION Portail Famille

A retourner à :
Mairie de Mellac Le Bourg, 29300 Mellac

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom Prénom

Sexe Masculin Féminin

Né(e) le à

Classe fréquentée à la rentrée de septembre :

Garde : Conjointe ou Alternée ou Responsable 1 ou Responsable 2

Situation familiale

célibataire mariés vie maritale pacsés divorcés séparés veuf/veuve

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom Prénom

Adresse

Téléphone (fixe) Téléphone (mobile)

Téléphone (fixe pro) Téléphone (mobile pro)

E-mail (obligatoire)

Nom et adresse de l'employeur

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom Prénom

Adresse

Téléphone (fixe) Téléphone (mobile)

Téléphone (fixe pro) Téléphone (mobile pro)

E-mail (obligatoire)

Nom et adresse de l'employeur

DROIT A L'IMAGE

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires et j'autorise la Commune de Mellac à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication.

J'accepte que mon enfant apparaisse dans la presse locale dans le cadre des activités périscolaires.

Je refuse que les images de mon enfant soient utilisées.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin traitant

Téléphone

En cas d'allergies, de régime alimentaire ou pour tout autre problème médical, fournir un certificat médical ou une copie du Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom

Numéro de téléphone

Lien de parenté

MODALITE DE PAIEMENT DES FACTURES

Responsable 1 Responsable 2

Prélèvement automatique mensuel par le Trésor Public (après réception état détaillé) ***Recommandé***

⇒ Si prélèvement, joindre impérativement un RIB

Paiement à réception de la facture mensuelle (chèque, espèces, virement bancaire, en ligne via payfip)

AUTORISATION PARENTALE

1. J'atteste être assuré (l'assurance responsabilité civile ne couvre que les dommages que votre enfant causera aux autres)
2. J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant en garderie (sur présentation d'une pièce d'identité) :
 - ◆ Nom Prénom
 - Téléphone
 - ◆ Nom Prénom
 - Téléphone.....
 - ◆ Nom Prénom
 - Téléphone
 - ◆ Nom Prénom
 - Téléphone
3. J'autorise les services municipaux à faire donner tous soins ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon enfant, en cas de nécessité constatée par un médecin appelé par les services de la Commune.
4. Je déclare avoir pris connaissance des règlements d'utilisation et des tarifs des services périscolaires.

Date

Signatures

Responsable 1

Responsable 2