

**ACCUEIL PERISCOLAIRE  
MAIRIE D'ARS SUR MOSELLE**

1 Place Franklin Roosevelt  
57130 ARS SUR MOSELLE  
Tél. : 03 87 60 65 20  
Fax : 03 87 60 65 20

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

I) INFORMATIONS ENFANT

Adhésion le : ..... Sexe : M  F   
N° Allocataire C.A.F. : ..... Régime social : .....  
C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE  Autre C.A.F. ....

II) INFORMATIONS PARENTS

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

Autorité parentale : conjointe (les deux parents)   
 autorité parentale uniquement le père (fournir un jugement)   
 seulement la mère (fournir un jugement)

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Nom et adresse de facturation : .....

Revenu mensuel ..... Nbre Enfants à charge : .....

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant. Pour les mineurs de - de 6 ans nous ne pouvons le confier à un autre mineur. Pour les mineurs de +6ans merci de venir signer un formulaire de décharge de responsabilités au bureau.

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

III) AUTORISATIONS

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI  NON

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

J'autorise mon enfant de plus de 6 ans, à rentrer seul à la fin des activités OUI  NON

IV) SANTE

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Allergies : .....

Recommandations des parents : .....

Médecin traitant : Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

V) ASSURANCES

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :

Merci de joindre à ce dossier:

- La fiche sanitaire remplie.
- Une attestation caf ou figure le Quotient Familial.
- La dernière déclaration d'imposition (dans le cas des familles séparées, celui du débiteur).
- Une attestation du médecin stipulant que l'enfant est à jour dans ses vaccinations+copie du carnet de vaccinations
- Une attestation d'assurance pour le mineur.
- Le règlement intérieur signé.
- Pour les prélèvements un rib (nous vous demanderons de venir signer la demande de prélèvement).

TOUT DOSSIER IMCOMPLET NE SERA PAS TRAITE.

Pour toutes difficultés la direction se tient à votre disposition pour un complément d'information. Vous pouvez joindre le directeur à: directionperiscolairears@gmail.com

les données collectées servent exclusivement à la gestion administrative du service periscolaire.