



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES DES ECOLES PUBLIQUES DE SAÏX

Merci de remplir une fiche par enfant, même pour les frères et sœurs

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :	Prénom :
Sexe : F – M (*)	Date de naissance :
Ecole :	Classe :
FICHE SANITAIRE	
Médecin traitant :	☎ :
Protocole d'Accueil Personnalisé : OUI – NON (*)	
Régime, contre-indication, allergie :	

ASSURANCE

Nom de la compagnie :	Numéro de police :
-----------------------	--------------------

ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom allocataire :
Régime d'affiliation : MSA – Régime général (*)
Numéro d'allocataire :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom :	Prénom :
☎ :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :
☎ :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :
☎ :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :
☎ :	Lien de parenté :

Le revenu fiscal de référence permet de définir le tarif appliqué. A cet effet, merci de joindre la copie de votre dernier avis d'imposition.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente fiche :

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités OUI – NON (*)

Autorise la prise de photos et leur diffusion OUI – NON (*)

Je reconnais avoir pris connaissance des règlements.

Je m'engage à informer la Mairie de tous changements.

à.....le.....

Signature des parents,

(*) Rayer la/les mentions inutiles

Conformément au Règlement Général Européen sur la Protection des Données (RGPD), ces données seront conservées dans un fichier informatique à l'usage de la collectivité.

Vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation et de rectification qui vous permet, le cas échéant, de faire compléter, mettre à jour, verrouiller ou effacer les données personnelles vous concernant qui vous paraîtraient inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées (ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation serait interdite)