

# DOSSIER UNIQUE

## D'INSCRIPTIONS SCOLAIRES & AUX ACCUEILS DE LOISIRS

### VILLE DE SAINT-MARCELLIN

#### Fiche 1 - FICHE FAMILLE

#### COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX

(Compléter 1 fiche par famille)

<b>Cadre réservé à l'administration (ne pas compléter)</b>	Dossier reçu le :	Dossier saisi le :
--	-------------------	--------------------

	Responsable légal 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Autre Responsable légal Lien avec l'enfant
Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			
Adresse mail			
N° Allocataire CAF		Montant QF :	
Autorité parentale	Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif <input type="checkbox"/> Mère exclusive <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)		
Envoi Facture (pour les accueils de loisirs)	Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif <input type="checkbox"/> Mère exclusive <input type="checkbox"/> Garde alternée* <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre personne <input type="checkbox"/>		
Mode d'envoi facture + Mode Communication	Courrier uniquement <input type="checkbox"/> Mail uniquement <input type="checkbox"/> Courrier et mail <input type="checkbox"/>		
* Mode de règlement pour les gardes alternées	Semaine paire = Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Semaine impaire = Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>		
Remarques			

# AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M \_\_\_\_\_ responsable légal des ou de (l')enfant(s)  
 mentionné(s) dans le tableau suivant **et autorise la commune de Saint-Marcellin, à :**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Photographier + filmer + diffusion dans la presse/internet les activités réalisées avec la ville	Transport en commun lors des sorties	A quitter seul(e) la structure	A être hospitaliser en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- **à remettre aux personnes suivantes (majeures) mon/mes enfant(s) à la fin des activités et/ou à être contactées en cas d'urgence (1 personne minimum OBLIGATOIRE) :**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

- **à accéder à CAF pro**     OUI             NON
- Je certifie l'exactitude des renseignements de cette fiche et m'engage à signaler par écrit tout changement relatif à l'inscription de mon/mes enfant(s),
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à ce que mon/mes enfant(s) et moi-même le(s) respections.
- J'autorise mon/mes enfant(s) à participer à se rendre avec les animateurs sur les différents lieux d'activités en dehors du périmètre de l'école.

Signature du responsable légal :  
Le