



Inscription services périscolaires 2020/2021

Inscription à retourner au plus tard le : **10.07.2020**

à Mme Sevette (Responsable Administrative Périscolaire) :

Mairie Annexe d'Oulmes : 02.51.52.40.59 ou periscolaire@rives-autise.fr

Cadre réservé à l'administration	
Reçue le :	Enregistrée le :



Ecole Publique-site Nieul sur l'Autise



Ecole Publique- site Oulmes



Ecole Saint-Ambroise


Ecole Publique-Site Nieul-sur-l'Autise	<input type="checkbox"/>	TPS/PS	<input type="checkbox"/>	MS	<input type="checkbox"/>	GS	<input type="checkbox"/>	CP	<input type="checkbox"/>	CE1
Ecole Publique -Site Oulmes	<input type="checkbox"/>	CE2	<input type="checkbox"/>	CM1	<input type="checkbox"/>	CM2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ecole Privée Saint-Ambroise - Nieul-sur-l'Autise	<input type="checkbox"/>	TPS/PS	<input type="checkbox"/>	MS	<input type="checkbox"/>	GS	<input type="checkbox"/>	CP	<input type="checkbox"/>	CE1
	<input type="checkbox"/>	CE2	<input type="checkbox"/>	CM1	<input type="checkbox"/>	CM2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

	RESPONSABLE LEGAL 1				RESPONSABLE LEGAL 2			
	(Responsable du dossier et destinataire des factures)				S'il est différent pour chaque enfant, remplir une autre fiche d'inscription			
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Tutrice	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Tutrice
Nom d'usage								
Nom de naissance								
Prénom								
Date de naissance								
Adresse	N° et Rue :				N° et Rue :			
	Code Postal :				Code Postal :			
	Commune :				Commune :			
Domicile								
Portable								
Adresse mail								
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve		<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve	
Prestations familiales	<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre	
	N° Allocataire :				N° Allocataire :			
Assurances CPAM maladies AUTRES	<input type="checkbox"/>	N° SS			<input type="checkbox"/>	N° SS		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession								
Employeur et Adresse								
Professionnel								

- J'autorise
 Je n'autorise pas

la commune Rives-d'Autise à prendre en photo mon ou mes enfant(s) lors des temps périscolaires pour une publication sur tous les supports de communication municipaux (bulletins, flash-infos, site internet, page facebook, réunions publiques,...).



	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
Nom				
Prénom				
Né(e) le /Lieu de naissance				
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Classe				
Ecole				

INSCRIPTION À LA RESTAURATION SCOLAIRE (Restaurants d'Oulmes et de Nieul sur l'Autise)



A compter du :	----/-----/-----	----/-----/-----	----/-----/-----	----/-----/-----
Lundi	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Mardi	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Jeudi	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Vendredi	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Occasionnellement	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Si occasionnel Quel(s) jour(s)				

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (Garderies d'Oulmes et de Nieul sur l'Autise)



Choix définitif de garderie:	Sauf cas exceptionnel : APC (soutien), sortie scolaire: navette transport déjà partie							
<u>Garderie site de Nieul</u> <input type="checkbox"/>				<u>Garderie site d'Oulmes</u> <input type="checkbox"/>				
	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Lundi								
Mardi								
Jeudi								
Vendredi								

R : pour régulièrement / O : pour occasionnellement à mettre dans les cases.

Les responsables légaux autorisent le ou les enfants (s), (prénom de ou des enfant(s) uniquement)
à quitter seul (s) la garderie: OUI à partir, deh..... NON et dégagent la Collectivité de toute responsabilité lors du trajet.

INSCRIPTION AU TRANSPORT SCOLAIRE (circuit et navette)



à faire par vos soins du 8 Juin au 30 Juillet sur le site aleop.paysdelaloire.fr



	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Circuit								
Point de montée - arrêt								
Navette Ecole à Ecole								

MEDICAL

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) Allergies alimentaires, Asthme, Diabète, Traitement médical	Date du dernier P.A.I : -----/-----/-----	Date du dernier P.A.I : -----/-----/-----	Date du dernier P.A.I : -----/-----/-----	Date du dernier P.A.I : -----/-----/-----
	Obligation de fournir la copie du P.A.I et protocole d'urgence (établi par un médecin)			
	Préciser les détails de l'allergie :	Préciser les détails de l'allergie :	Préciser les détails de l'allergie :	Préciser les détails de l'allergie :

Médecin traitant

Non et prénom du médecin :		Tél:
Adresse		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

--

Personnes à contacter et autorisées à prendre le(s) enfant(s)

Seules les personnes désignées ci-dessous seront habilitées à récupérer le(s) enfant(s) auprès des services périscolaires
En cas de séparation et pour toutes modifications, merci de transmettre un justificatif.

Nom et Prénom	Lien de parenté	Tél fixe ou portable

FRERE(S)/SŒUR(S), autres que les enfants scolarisés au sein des écoles

Nom/prénom _____	Classe _____
date de naissance _____	Ecole/Collège/Lycée _____
	Crèche/Asst.Mat/Autre _____
Nom/prénom _____	Classe _____
date de naissance _____	Ecole/Collège/Lycée _____
	Crèche/Asst.Mat/Autre _____
Nom/prénom _____	Classe _____
date de naissance _____	Ecole/Collège/Lycée _____
	Crèche/Asst.Mat/Autre _____

**Facturation périscolaire mensuelle
établie chaque mois et transmise à la Trésorerie**

Règlement à effectuer à la Trésorerie Générale de Fontenay le Comte

Choix

Place Marcel Henri - BP 89 85202 FONTENAY LE COMTE CEDEX

Par chèque à l'ordre du Trésor Public

En espèces directement auprès d'un buraliste avec votre facture.

Par prélèvement (**joindre un rib à la présente inscription**)

Par virement :

Réf bancaires : BDF de Fontenay le Comte

30001 00100 D8560000000 34

Iban : FR73 3000 1004 00D8 5600 0000 034

ENGAGEMENT

Les responsables légaux, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche, approuvent, après en avoir pris connaissance, l'ensemble des règlements intérieurs indiqués dans les documents ci-joints et, demandent l'inscription aux services périscolaires de la commune de RIVES-D'AUTISE de son (ses) enfant(s) selon les modalités définies sur ce document.

Tout dossier non complet, ne sera pas pris en compte.

Les inscriptions ne seront validées que si le responsable légal de(s) l'enfant(s) est à jour ou en partie à jour des paiements antérieurs et pour l'année 2019/2020.

Fait le.....à.....

"Lu et approuvé, bon pour accord"

Signatures

Documents à joindre à la présente inscription : Attestation de responsabilité civile et attestation individuelle d'assurance scolaire.

Famille :

Enfant(s) :

Ecole :

Classe(S)

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la commune de RIVES-D'AUTISE et m'engage à en faire part à mon (mes) enfant(s) et à le respecter

Signature des enfants :

--

Lu et approuvé, signature des parents ou responsables légaux :

--

