

Enfant(s)

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM			
PRENOM			
SEXE	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
DATE DE NAISSANCE			
ECOLE			
CLASSE			
DIFFICULTES DE SANTE			
DATE DERNIER VACCIN DTP			
EXISTENCE D'UN PAI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Restauration scolaire (11h30 -13h30)

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
TYPE DE REPAS	<input type="checkbox"/> Menu 1 (classique) <input type="checkbox"/> Menu 2 (sans viande) <input type="checkbox"/> Panier repas*	<input type="checkbox"/> Menu 1 (classique) <input type="checkbox"/> Menu 2 (sans viande) <input type="checkbox"/> Panier repas*	<input type="checkbox"/> Menu 1 (classique) <input type="checkbox"/> Menu 2 (sans viande) <input type="checkbox"/> Panier repas*
PERIODICITE	<input type="checkbox"/> Occasionnellement* <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Occasionnellement* <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Occasionnellement* <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire
JOURS	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi

*PAI : Projet d'Accueil Individualisé : suite à avis médical

*** SI L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT EST OCCASIONNELLE, merci de ne pas cocher de jours.**

Accompagnement éducatif /Garderies (gratuit / 16h30-17h30)

ENFANTS	ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF	GARDERIES
Nom :	Participera les : <input type="checkbox"/> Lundis <input type="checkbox"/> Mardis <input type="checkbox"/> Jeudis <input type="checkbox"/> Ne participera pas	<input type="checkbox"/> Garderie du vendredi <input type="checkbox"/> Garderie temporaire
Prénom :	Toutes les semaines / semaine paire / semaine impaire*	
Nom :	Participera les : <input type="checkbox"/> Lundis <input type="checkbox"/> Mardis <input type="checkbox"/> Jeudis <input type="checkbox"/> Ne participera pas	<input type="checkbox"/> Garderie du vendredi <input type="checkbox"/> Garderie temporaire
Prénom :	Toutes les semaines / semaine paire / semaine impaire*	
Nom :	Participera les : <input type="checkbox"/> Lundis <input type="checkbox"/> Mardis <input type="checkbox"/> Jeudis <input type="checkbox"/> Ne participera pas	<input type="checkbox"/> Garderie du vendredi <input type="checkbox"/> Garderie temporaire
Prénom :	Toutes les semaines / semaine paire / semaine impaire*	

***Rayer les mentions inutiles**

Accueil Périscolaire (7h30-8h30 et 17h30-18h30)

Accueil régulier : préciser les horaires au ¼ d'heure

Toutes les semaines Semaine paire Semaine impaire

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
LUNDI	MATIN		
	SOIR		
MARDI	MATIN		
	SOIR		
JEUDI	MATIN		
	SOIR		
VENDREDI	MATIN		
	SOIR		

Accueil irrégulier : préciser les besoins

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Matin Soir Matin et soir

Contacts

	CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3
Nom			
Prénom			
Lien avec l'enfant			
Téléphones	 	 	 
Autorisé à venir chercher	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contact 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

Autorisations

J'autorise (nous autorisons) la prise de photos et de vidéos, ainsi que leur diffusion et publication dans les cadres ci-après désignés pour une utilisation :

- dans le cadre de l'activité sur le site de la ville
- dans le journal municipal les réseaux de la ville

J'autorise (nous autorisons) mon (mes) enfants à rentrer seul(s) à l'issue de la garderie et/ou de l'accompagnement éducatif (seulement pour les élémentaires) :

Nom(s)/Prénom(s) :

A, le

.....



- ✓ Je certifie l'exactitude des informations transmises et m'engage à signaler au service affaires scolaires et périscolaires tout changement de situation en cours d'année, notamment les changements de coordonnées (adresse, téléphone...).
- ✓ Règlement intérieur et règlement général des services périscolaires consultables sur le site internet et en mairie.

Conformément à la loi n° 78-17 « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, actualisée par le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractères personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) vous bénéficiez d'un droit à l'information, accès et rectification, effacement, limitation du traitement, portabilité et opposition aux informations personnelles qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit soit auprès de la Direction Enfance Jeunesse, Hôtel de ville, avenue Antoine Pinay, 42403 SAINT-CHAMOND ou par mail education@saint-chamond.fr ou auprès du délégué à la protection des données de la commune dpo@saint-chamond.fr

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu au service
Affaires scolaires et Périscolaires le :
Dossier Complet / Incomplet

- Nouvelle inscription
- Renouvellement

ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

En remplissant ce dossier, j'accepte le règlement général des services périscolaires

INFORMATIONS GENERALES

Responsables légaux du (des) enfant(s)

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Autres :	
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse CP Ville..... <input type="checkbox"/> Adresse des enfants CP Ville
Téléphone	 	 
Courriel		
Employeur	Nom 	Nom 

Régime allocataire : CAF MSA AUTRES

Numéro Allocataire :

J'autorise la ville de Saint-Chamond à consulter le site CDAP pour le calcul du tarif de l'accueil.

Nom compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Paiement par prélèvement automatique : Oui (joindre un RIB) Non