

ASSURANCES

Assurance scolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie :	N° contrat :
Assurance Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie :	N° contrat :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'enfant

Atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription de mon enfant sont exacts

Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.

M'engage à notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès du service enfance.

Atteste avoir pris connaissance et accepter les termes et clauses des règlements intérieurs de toutes les activités auxquelles mon enfant participe.

Autorise les services municipaux, les responsables des activités ou les prestataires mandatés par la ville de Combricit à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence vitale de mon enfant. (Hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale...).

DROIT A L'IMAGE

Autorise la ville de Combricit et/ou les prestataires de service à prendre des photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) et à s'en servir comme support de communication.

Oui Non

Fait Le:

A:

Signature : (précédée de la mention « Lu et approuvé »)



DOSSIER ENFANCE 2020|2022

PERISCOLAIRE ET RESTAURATION

A RENVoyer AU SERVICE ENFANCE POUR LE 25 JUIN 2021

en mairie ou par mail à service.enfance@combricit-saintemarine.fr

REPONSABLE(S) DE L'ENFANT

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Adresse:	Adresse:
CP-Ville:	CP-Ville:
Tél domicile:	Tél domicile:
Tél portable:	Tél portable:
E-mail:	E-mail:
Profession:	Profession:
Employeur:	Employeur:

VOTRE ENFANT

NOM /PRENOM :

Sexe : G F

Né (e) le : A

Ecole fréquentée année scolaire **2021/2022**

En classe de :

SA SANTE

Médecin traitant :

Numéro de tél. :

• Votre enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui lequel

• A-t-il eu des allergies ? OUI NON

Si oui lesquelles

• Fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? : OUI NON

Si oui, joindre obligatoirement le document PAI complété par le médecin traitant

Date du dernier PAI :

• A-t-il eu des antécédents médicaux ? OUI NON

RESTAURATION SCOLAIRE

JOURS	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choix d'inscription :

Annuelle (Cocher les jours dans tableau d'à côté)

Occasionnelle (prévenir le service jeunesse impérativement 48h (jours ouvrés) à l'avance sous risque de repas majoré)

Inscription obligatoire

L'annulation d'un ou plusieurs repas doit nous parvenir au moins 48h à l'avance.

Mail à service.enfance@combrit-saintemarine.fr

Si votre enfant est malade plus d'une journée, merci de fournir un certificat médical dans un délai d'une semaine maximum afin de ne pas être facturé. Un jour de carence par période de maladie s'appliquera.



Protection des données personnelles :

Votre demande est destinée au service enfance de la ville de Combrit dans le but d'instruire la demande d'inscription de votre enfant aux services périscolaire et de restauration . Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et en cas de motifs légitimes, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Pour exercer vos droits : service@ville.fr ».