**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’ENFANT** | **NOM :**  | **Prénom :** |  |
| **Date de naissance** | **Classe 2023/2024 :** [ ]  **TPS** [ ]  **PS**[ ]  **MS** [ ]  **GS** | [ ]  **CP** [ ]  **CE1**[ ]  **CE2** [ ]  **CM1** [ ]  **CM2**  | [ ]  **Accueil de Loisirs****(A cocher si l’enfant ne fréquente pas les écoles de la commune.)** | **Sexe : M – F** |
| **REPRESENTANT(E) LEGAL(E) DE L’ENFANT** | [ ]  **Représentant(e) 1** |  | [ ]  **Représentant(e) 2** |

|  |
| --- |
| [ ] **REPRESENTANT(E) 1** |
| **Nom :**………….………………….. | **Nom de Jeune Fille :** …….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| **Adresse complète** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :**  |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Situation familiale :** [ ]  **Marié(e)** [ ]  **Pacsé(e)** [ ]  **Vie Maritale** [ ]  **Séparé(e)** [ ]  **Divorcé(e)** [ ]  **Veuf(ve)** [ ]  **Célibataire**  |
|  |  |  |
| [ ]  **REPRESENTANT(E) 2** |
| **Nom :**………….………………….. | **Nom de Jeune Fille :** …….………………….. | **Prénom :**….………………….. |
| **Adresse complète** |
| **Téléphone** |  |  |
| **Mail** |
| **Lien de parenté :** [ ]  **Mère** [ ]  **Père** [ ]  **Belle-mère** [ ]  **Beau-père** [ ]  **Autres ……………………………….** |
| **Situation familiale :** [ ]  **Marié(e)** [ ]  **Pacsé(e)** [ ]  **Vie Maritale** [ ]  **Séparé(e)** [ ]  **Divorcé(e)** [ ]  **Veuf(ve)** [ ]  **Célibataire**  |

|  |
| --- |
| **Adresse de Facturation :** [ ]  **Représentant(e) 1** [ ]  **Représentant(e) 2****Sans cette information, le payeur par défaut sera le/la représentant(e) 1** |

|  |
| --- |
| **N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :**  |

|  |
| --- |
| **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE :** [ ]  **Oui -** [ ]  **Non****En cas de réponse positive, remplir une autorisation de prélèvement + RIB-RIP si vous avez changé de compte ou si vous n’avez jamais opté pour le prélèvement.** |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECIN TRAITANT :**  |  |
| **TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT** |  |
| **LIEU DE PREFERENCE POUR UNE HOSPITALISATION (sauf avis contraire des Secours) : ……………………………………………………** |
| **DATE DU DT POLIO :**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTORISATION DE PUBLICATION** | **OUI**[ ]  | **NON**[ ]  | **J’autorise tous soins d’urgence médicale rendus nécessaires par l’état de santé de mon enfant** |
|  |[ ] [ ]  **J’autorise mon enfant à participer à des sorties dans le cadre des activités périscolaires.** |
|  |[ ] [ ]  **J’autorise la publication de photos de mon enfant sur tout support de communication (presse, bulletin municipal, site internet ………….)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Fournir OBLIGATOIREMENT :**

**Attestation d’assurance responsabilité civile pour votre enfant et photocopie des vaccinations.**

**Vous devez être à jour de tous vos paiements pour l’activation de votre espace**

**Fait à SAINT HILAIRE LEZ CAMBRAI, le**

**Signature**