**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**