

FAMILLE :

NOM ENFANT :

ECOLE FREQUENTÉE :

DOSSIER RENDU LE :

INFORMATIONS

Le dossier unique d'inscription (DUI) est un dossier d'inscription pour toutes les familles qui souhaitent inscrire leur(s) enfant(s) à une activité périscolaire ou extrascolaire au cours de l'année scolaire 2020/2021 ainsi que pour les mois de juillet août 2020. Ce document **obligatoire** permet de réserver annuellement ou occasionnellement les différents accueils ainsi que la restauration des enfants. Il a pour utilité de collecter les données administratives du foyer et les informations médicales de l'enfant.

Les services concernés par ce dossier sont :

- Le restaurant scolaire
- Les accueils périscolaires (les matins, soirs)
- L'étude (pour les élémentaires)
- L'accueil du mercredi
- L'ALSH (vacances scolaires)

Le dossier est à compléter et à remettre avec toutes les pièces demandées impérativement **avant le vendredi 3 juillet 2020** au **Service scolaire de la Mairie ou par voie postale à la Mairie de Ballainvilliers** avec les documents suivants :

- Le Dossier Unique d'Inscription (fiche enfant et fiches sanitaires de liaison 1 et 2) avec les pages dupliquées en fonction du nombre d'enfants
- Justificatif de domicile de – de 3 mois
- L'attestation d'assurance extrascolaire pour l'année 2020/2021
- Copie des vaccins
- Brevet de natation 50m (facultatif)
- Certificat de contre-indication sportive (si nécessaire)
- Jugement de divorce/de garde d'enfant
- Numéro allocataire CAF si non communiqué dans le DUI

Tout DUI incomplet, sera retourné par voie postale, les réservations ne seront pas prises en compte et le portail famille sera inaccessible. (Règlement intérieur article 4)

Le quotient familial est à faire calculer au service scolaire selon les modalités fixées par le conseil municipal. Pour les nouvelles familles vous pouvez trouver toutes les informations sur le site de la mairie de Ballainvilliers ➤ [ville pratique/infos pratiques/vos démarches administratives/réservations et facturations/accueils pré et post scolaires](#).

Pour contacter le service scolaire :

scolaire@mairie-ballainvilliers.fr ou ☎ 01.64.48.83.34 / 01.69.93.82.55

FAMILLE

Merci de bien vouloir vérifier, compléter ou modifier les renseignements ci-après :

	*Responsable ou tuteur (Responsable légal)	*Responsable ou tuteur (Responsable légal)
QUALITÉ : mère, père, tuteur		
NOM		
Prénom		
✉ Adresse		
Code Postal		
Ville		
☎ Tél. Domicile		
☎ Tél. Portable		
☎ Tél. Travail		
@ Adresse Courriel		
SITUATION FAMILIALE : Célibataire, marié(e), vie maritale, pacsé(e), veuf (ve), séparé(e), divorcé(e)		
AUTORITÉ PARENTALE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*En cas de séparation, indiquer aussi l'adresse du parent ne vivant plus au foyer

Numéro allocataire CAF :

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e) M.et/ou Mme

♦ certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur « Accueils périscolaires et extrascolaires » (consultable sur le site de la Ville > ville pratique/infos pratiques/vos demandes administratives/réservations et facturation/règlement intérieur unique) et à en accepter les conditions.

♦ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus :

En accord avec l'article 372-2 du code civil, à l'égard « des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant », je certifie en outre sur l'honneur que l'inscription aux différents services de la municipalité est effectuée conjointement.

♦ je m'engage à signaler tout changement (familiale, coordonnées etc...)

À :

Le :

Signature(s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1/2)

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant : Sexe :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

1 – VACCINATIONS

Fournir obligatoirement la copie des vaccins du carnet de santé, annotée du nom de l'enfant.

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans PAI.**

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : oui non

MÉDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

*P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non

(Joindre le PAI et l'ordonnance indiquant le type d'allergie et la conduite à tenir une fois le dossier validé par le Maire et le médecin scolaire à la structure concernée).

***Rappel : le PAI n'est effectif qu'une fois signé par le Maire et le médecin scolaire et après fournitures des médicaments prescrits.**

♦ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) :

♦ **EN CAS DE DIFFICULTÉS NÉCESSITANT DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES PRÉCISEZ LESQUELLES :**

.....

Dans ce cas, l'inscription ne sera effective qu'après vérification de la faisabilité compte tenu de l'encadrement et des équipements.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (2/2)

3, rue du Petit Ballainvilliers – 91160 Ballainvilliers

☎ 01.64.48.43.99 / 01.69.93.82.55
scolaire@mairie-ballainvilliers.fr

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

RÉGIME ALIMENTAIRE (Uniquement pour les enfants fréquentant la maternelle) : Sans porc

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : Oui Non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : Oui Non

5 – PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

♦NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎Tél. : Tél. : Bureau :

♦NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎Tél. : Tél. : Bureau :

♦NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

FICHE ENFANT

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	Sexe :
Date de Naissance :	Lieu de naissance :

LES RÉSERVATIONS

REPAS	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mangera le 1er septembre 2020
ACCUEILS PRÉ ET POST SCOLAIRES	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Matin : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soir : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ÉTUDE (Engagement annuel)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les mercredis : Journée entière : Matin : Après-midi :	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RÉSERVATIONS
 Ces réservations seront reportées sur votre portail famille. Merci de les vérifier avant le **11 septembre 2020**, sans retour de votre part elles seront **automatiquement** enregistrées.

LES AUTORISATIONS (*À remplir obligatoirement)

➤ *Mon enfant est autorisé à sortir seul (à partir de 8 ans minimum). Oui Non
Si oui, merci de bien vouloir remplir la décharge téléchargeable sur le site de la ville ou disponible au service scolaire.

➤ *Mon enfant est autorisé à sortir accompagné de son frère ou sa sœur âgé de 12 ans minimum. Oui Non
Si oui, merci de bien vouloir remplir la décharge téléchargeable sur le site de la ville ou disponible au service scolaire accompagnée du livret de famille.

➤ Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant aux différents accueils (pré/post scolaires, étude, accueil du mercredi et ALSH) :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :
 *Tél : / / / / *Date de naissance :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :
 *Tél : / / / / *Date de naissance :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :
 *Tél : / / / / *Date de naissance :

➤ *J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur les supports municipaux (gazette, mags, site internet) dans le cas où l'activité à laquelle il a participé serait filmée ou photographiée. Oui Non

Le :

Signature (s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1/2)

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	Sexe :
Date de Naissance :	Lieu de naissance :

1 – VACCINATIONS

Fournir obligatoirement la copie des vaccins du carnet de santé, annotée du nom de l'enfant.

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans PAI.**

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : oui non

MÉDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

*P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non

(Joindre le PAI et l'ordonnance indiquant le type d'allergie et la conduite à tenir une fois le dossier validé par le Maire et le médecin scolaire à la structure concernée).

***Rappel :** le PAI n'est effectif qu'une fois signé par le Maire et le médecin scolaire et après fournitures des médicaments prescrits.

♦ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) :

♦ **EN CAS DE DIFFICULTÉS NÉCESSITANT DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES PRÉCISEZ LESQUELLES :**

.....

Dans ce cas, l'inscription ne sera effective qu'après vérification de la faisabilité compte tenu de l'encadrement et des équipements.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (2/2)

Nom de l'enfant :

3, rue du Petit Ballainvilliers – 91160 Ballainvilliers

☎ 01.64.48.43.99 / 01.69.93.82.55
scolaire@mairie-ballainvilliers.fr



Prénom de l'enfant :

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

RÉGIME ALIMENTAIRE (Uniquement pour les enfants fréquentant la maternelle) : Sans porc

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : Oui Non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : Oui Non

5 – PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

♦NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎Tél. : Tél. : Bureau :

♦NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎Tél. : Tél. : Bureau :

♦NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....
.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

FICHE ENFANT

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	Sexe :
Date de Naissance :	Lieu de naissance :

LES RÉSERVATIONS

REPAS	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mangera le 1er septembre 2020
ACCUEILS PRÉ ET POST SCOLAIRES	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Matin : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soir : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ÉTUDE (Engagement annuel)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les mercredis : Journée entière : Matin : Après-midi :	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RÉSERVATIONS
 Ces réservations seront reportées sur votre portail famille. Merci de les vérifier avant le **11 septembre 2020**, sans retour de votre part elles seront **automatiquement** enregistrées.

LES AUTORISATIONS (*À remplir obligatoirement)

➤ *Mon enfant est autorisé à sortir seul (à partir de 8 ans minimum). Oui Non
Si oui, merci de bien vouloir remplir la décharge téléchargeable sur le site de la ville ou disponible au service scolaire.

➤ *Mon enfant est autorisé à sortir accompagné de son frère ou sa sœur âgé de 12 ans minimum. Oui Non
Si oui, merci de bien vouloir remplir la décharge téléchargeable sur le site de la ville ou disponible au service scolaire accompagnée du livret de famille.

➤ Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant aux différents accueils (pré/post scolaires, étude, accueil du mercredi et ALSH) :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :
 *Tél : / / / / *Date de naissance :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :
 *Tél : / / / / *Date de naissance :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :
 *Tél : / / / / *Date de naissance :

➤ *J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur les supports municipaux (gazette, mags, site internet) dans le cas où l'activité à laquelle il a participé serait filmée ou photographiée. Oui Non

Le :

Signature (s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1/2)

3, rue du Petit Ballainvilliers – 91160 Ballainvilliers

☎ 01.64.48.43.99 / 01.69.93.82.55
scolaire@mairie-ballainvilliers.fr

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	Sexe :
Date de Naissance :	Lieu de naissance :

1 – VACCINATIONS

Fournir obligatoirement la copie des vaccins du carnet de santé, annotée du nom de l'enfant.

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans PAI.**

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : oui non

MÉDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

*P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non

(Joindre le PAI et l'ordonnance indiquant le type d'allergie et la conduite à tenir une fois le dossier validé par le Maire et le médecin scolaire à la structure concernée).

***Rappel :** le PAI n'est effectif qu'une fois signé par le Maire et le médecin scolaire et après fournitures des médicaments prescrits.

♦ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) :

♦ **EN CAS DE DIFFICULTÉS NÉCESSITANT DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES PRÉCISEZ LESQUELLES :**

.....

Dans ce cas, l'inscription ne sera effective qu'après vérification de la faisabilité compte tenu de l'encadrement et des équipements.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (2/2)

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non (Si oui prévoir un étui au nom de l'enfant)

RÉGIME ALIMENTAIRE (Uniquement pour les enfants fréquentant la maternelle) : Sans porc

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : Oui Non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : Oui Non

5 -PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

♦NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎Tél. : Tél. : Bureau :

♦NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎Tél. : Tél. : Bureau :

♦NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....

Je soussigné (e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

FICHE ENFANT

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	Sexe :
Date de Naissance :	Lieu de naissance :

LES RÉSERVATIONS

REPAS	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mangera le 1er septembre 2020
ACCUEILS PRÉ ET POST SCOLAIRES	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Matin : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soir : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ÉTUDE (Engagement annuel)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les mercredis : Journée entière : Matin : Après-midi :	<input type="checkbox"/> Réservations occasionnelles sur le portail famille OU <input type="checkbox"/> Réservations annuelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RÉSERVATIONS
 Ces réservations seront reportées sur votre portail famille. Merci de les vérifier avant le **11 septembre 2020**, sans retour de votre part elles seront **automatiquement** enregistrées.

LES AUTORISATIONS (*À remplir obligatoirement)

➤ *Mon enfant est autorisé à sortir seul (à partir de 8 ans minimum). Oui Non
Si oui, merci de bien vouloir remplir la décharge téléchargeable sur le site de la ville ou disponible au service scolaire.

➤ *Mon enfant est autorisé à sortir accompagné de son frère ou sa sœur âgé de 12 ans minimum. Oui Non
Si oui, merci de bien vouloir remplir la décharge téléchargeable sur le site de la ville ou disponible au service scolaire accompagnée du livret de famille.

➤ Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant aux différents accueils (pré/post scolaires, étude, accueil du mercredi et ALSH) :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :

*Tél : / / / / *Date de naissance :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :

*Tél : / / / / *Date de naissance :

*NOM, Prénom : *Lien avec la famille :

*Tél : / / / / *Date de naissance :

➤ *J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur les supports municipaux (gazette, mags, site internet) dans le cas où l'activité à laquelle il a participé serait filmée ou photographiée. Oui Non

Le :

Signature (s) :