

# A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 5 JUILLET 2024




MAIRIE DE VERNIOLLE

## FICHE D'INSCRIPTION

### 2024-2025

CLASSE

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

\* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

#### GARDE ALTERNEE :

- Possibilité de facturation partagée en cas de garde alternée - se rapprocher du service enfance jeunesse
- Si parents séparés ou divorcés, fournir la photocopie du jugement indiquant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale.

**PERSONNES A CONTACTER**

Contacts existants

Nouveaux contacts

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Périscolaire Occasionnel :	... / Oui / Non
Garde Alternée :	... / Oui / Non
PAI :	

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### C.A.F (Caisse d'Allocations Familiales)

NOM de l'allocataire CAF :	N° d'allocataire CAF :
----------------------------	------------------------

La mairie de Verniolle et la C.A.F de l'Ariège ont signé une convention de service pour la consultation de certaines données enregistrées dans la base allocataire propriété de la CAF (base ressources annuelles, montant du quotient familial national...), par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé « Mon espace partenaire ».

**Autorisez-vous la mairie à consulter les données de votre dossier allocataire Caf ?**

OUI  NON

**⚠ Si « Non » ou pas de numéro d'allocataire : veuillez fournir votre dernier avis d'imposition** afin de bénéficier du tarif correspondant à vos revenus et à votre situation familiale et compléter la rubrique suivante :

NOM de l'allocataire MSA :	N° d'allocataire Autre :
----------------------------	--------------------------

## MODE DE REGLEMENT

Etes-vous intéressé par le prélèvement automatique ?

OUI  NON

PRÉLÈVEMENT EN COURS

**⚠ SI OUI, fournir un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement (ci-joint annexée).**

Un contrat sera conclu entre la commune et le débiteur.

**Si le contrat est déjà conclu, cocher simplement la case.**

Participation de l'employeur aux **frais de garderie** > fournir un justificatif indiquant les modalités.





LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- ATTESTATION D'ASSURANCE CIVILE (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- COPIE DES VACCINS (valide jusqu'au : 31/08/2024)

ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement

Mairie de Verniolle  
SERVICE ENFANCE JEUNESSE  
[cm.mairieverniole@gmail.com](mailto:cm.mairieverniole@gmail.com)  
Place de la République  
09340 VERNIOLLE  
05.61.68.02.04

