



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALAE

NOM (de l'enfant) PRENOM

Date de naissance CLASSE

Adresse

Difficultés de santé maladie, allergie.....

Médecin traitant.....

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Si parents séparés ou divorcés, si autre responsable fournir photocopie du jugement indiquant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale.

**Premier responsable
qui est aussi le responsable financier**

Deuxième responsable

NOM :PRENOM

NOM PRENOM.....

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Adresse.....

Adresse

N° de Tél :Tel travail

N° de TélTel travail.....

Profession:.....

Profession :

Employeur :

Employeur :

N° de Tél en cas d'urgence.....

email :

Autre(s) enfant(s) scolarisé(s) sur Verniolle :

NOM Prénom classe :

NOM Prénom classe :

NOM Prénom classe :

NOM Prénom classe :

Personne (s) autorisée (s) à venir chercher l'enfant à la sortie de l'A.L.A.E.

NOM Prénom : NOM Prénom :

NOM Prénom : NOM Prénom :

Si changement exceptionnel, prévenir impérativement la directrice Mme LACOSTE Danièle ou Mme LOZE Magalie adjointe au 05.61.69.78.50

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



INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

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 « CAFPRO ».

Autorisez-vous la mairie à consulter les données de votre dossier allocataire CAF ? (cochez la case)

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 :

N° allocataire MSA :N° allocataire autre régime :

A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 26 AOUT 2015

Composition du foyer fiscal :

	Responsable de l'enfant Nom, prénom	Conjoint, concubin, Nom, prénom
Prestations familiales	Montant mensuel perçu :	Montant mensuel perçu :

Nombre d'enfants à charge :

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
Nom			
Prénom			
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> masculin
Date de naissance			
Ecole fréquentée			

Si plus de 3 enfants relevant du foyer fiscal, reproduisez le tableau ci-dessus et annexe-le après l'avoir complété.

ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE (qui couvre l'enfant pour les activités scolaires et extra scolaires)

Nom de la compagnie d'assurance et adresse : _____

N° du contrat : _____ (fournir une copie de l'attestation d'assurance)

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des publications municipales (feuille d'Aulne, Internet, articles pour les journaux locaux, enregistrement vidéo...), nous cédez-vous les droits sur les images de votre/vos enfant(s) ? (cochez la case)

Oui

Non

Le(s) responsable(s) de l'enfant, soussigné(s),

Déclare(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.A.E et du restaurant scolaire et s'engage à s'y conformer

Choisit(sent) l'option suivante pour l'inscription de l'enfant : (cocher la case correspondante)

option 1 (occasionnelle à la journée – article 4.1.1 du règlement ALAE)

option 2 (à l'année - article 4.1.1 du règlement ALAE)

option 3 (à l'année uniquement pour la tranche horaire 11h45-12h00 - article 4.1.1 du règlement ALAE)

Prend note que l'inscription à l'ALAE le mercredi après-midi (article 4.1.2 du règlement ALAE) est validée par la fiche d'inscription mensuelle à la cantine cochée à la case réservée au mercredi.

Autorise(nt) mon enfant à participer aux activités prévues par l'ALAE

Autorise(nt) la Directrice ou son adjoint à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DATE :

Signature du (des) responsable(s) de l'enfant :