



# Commune de Bazouges Cré sur Loir

## Quartier de Cré-sur-le-Loir

Tél : 02.43.45.32.05 – [mairie@bazougescresurloir.com](mailto:mairie@bazougescresurloir.com)

### DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE et PAUSE MÉRIDIDIENNE VALIDITÉ : ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

#### ENFANT

NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

Sexe : masculin  féminin

Date de naissance : | | | | | | | | | | Lieu de naissance (Département) : .....

L'enfant vit chez : ses deux parents  sa mère  son père

en alternance (à préciser) : .....

en famille d'accueil (à préciser) : .....

autre (à préciser) : .....

#### ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

ÉCOLE DU BOURG JOLY : Classe : .....

#### RESPONSABLES LÉGAUX

##### Mère

NOM de jeune fille : ..... Autorité parentale : oui  non

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

Situation familiale : célibataire  mariée  veuve  divorcée  séparée  pacsée  concubine

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ | | | | | | | | | | 📧 | | | | | | | | | | Courriel : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎ (travail) | | | | | | | | | | 📧 (travail) | | | | | | | | | |

N° CAF ou MSA : .....

##### Père

NOM : ..... Autorité parentale : oui  non

Prénom : .....

Situation familiale : célibataire  marié  veuf  divorcé  séparé  pacsé  concubin

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ | | | | | | | | | | 📧 | | | | | | | | | | Courriel : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎ (travail) | | | | | | | | | | 📧 (travail) | | | | | | | | | |

N° CAF ou MSA : .....

##### Autre responsable légal (personne physique ou morale)

ORGANISME : ..... Autorité parentale : oui  non

Personne référente : .....

Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ | | | | | | | | | | 📧 | | | | | | | | | | Courriel : .....

**A RETOURNER A LA MAIRIE**  
**Avant le 31/07/2017**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :****ALLERGIES et/ou TRAITEMENTS**Asthme oui  non  Médicamenteuse(s) oui  non  Alimentaire(s) oui  non 

Précisions autres à apporter (port de lunettes, crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés) :

.....

.....

.....

NOM du médecin traitant : ..... ☎ | | | | | | |

**NOTE A LA FAMILLE**

Lors de ces différentes activités, votre enfant peut avoir besoin de soins. En fonction de la gravité de la situation, les personnels appelleront les secours qui feront intervenir soit une équipe du SMUR, les pompiers soit une ambulance privée. Les personnels municipaux ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants.

En cas de problème concernant l'heure d'arrivée des parents pour récupérer les enfants à la cantine ou à la pause méridienne, merci de prévenir l'agent de surveillance Stéphanie au **07.80.37.92.00**

**ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES****RESTAURATION SCOLAIRE MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE**Fréquentation du restaurant scolaire : oui  non Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Occasionnellement **PERSONNES HABILITÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT OU A APPELER EN CAS D'URGENCE***(y compris grand frère grande sœur, assistante maternelle...)*

☎ | | | | | | | Nom : \_\_\_\_\_ lien de parenté : \_\_\_\_\_

☎ | | | | | | | Nom : \_\_\_\_\_ lien de parenté : \_\_\_\_\_

☎ | | | | | | | Nom : \_\_\_\_\_ lien de parenté : \_\_\_\_\_

☎ | | | | | | | Nom : \_\_\_\_\_ lien de parenté : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE**Responsabilité civile oui  non Individuelle accident : oui  non 

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

**DROIT A L'IMAGE**

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la commune, j'autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant (photos et vidéos) sur les supports de communication de cette structure. oui  non

**AUTORISATIONS DE SORTIES DES LA GARDERIES PÉRISCOLAIRES**J'autorise mon enfant à rentrer seul (valable uniquement pour CE et CM). oui  non 

Je (nous), soussigné(é)(s) .....  
responsable(s) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires

Date : .....

Signature du ou des parents :

**Merci de nous faire part de toute modification, dans les plus brefs délais.**

Les droits d'accès et de rectification des personnes aux informations transmises dans le Dossier administratif d'inscription aux Services Périscolaires s'exercent auprès de la commune de Bazouges Cré sur Loir