

RETOURNER IMPERATIVEMENT A
MAIRIE DE BAR-LE-DUC - Service Enseignement - 12, rue Lapique - 55000 BAR-LE-DUC

RESPONSABLE DE L'ENFANT <small>A QUI LA FACTURE SERA ADRESSEE</small>	RESPONSABLE 2
NOM Prénom _____	NOM Prénom _____
N° _____ Rue _____	N° _____ Rue _____
Code Postal _____ Ville _____	Code Postal _____ Ville _____
Tél. domicile/portable _____	Tél. domicile/portable _____
Profession _____	Profession _____
Employeur _____	Employeur _____
Tél. Employeur _____	Tél. Employeur _____
Adresse mail _____	Adresse mail _____
Allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales Meuse * <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, autre régime * <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> EMPLOYEUR N° Allocataire : _____ QUOTIENT FAMILIAL C.A.F. * _____ <input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas les agents du Service Enseignement à consulter les éléments de mon dossier CAF sur le site internet de la CAF. (Conformément à la Loi « Informatique et Libertés N° 78-17 du 06/01/1978).	
ENFANT	
NOM _____ Prénom(s) _____ Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Date de naissance _____	
Nom de l'école fréquentée _____ Classe _____	
Classe d'U.L.I.S.* <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Recommandations des parents (traitements, allergies, régimes, problèmes divers...) _____	
L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ou d'un PII (Projet Intégration individualisé) ? * <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
RESTAURATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SI OUI EXCEPTIONNELLEMENT <input type="checkbox"/> Ou FORFAIT <input type="checkbox"/> Cocher le(s) jour(s) de fréquentation fixes – A définir avec précision <input type="checkbox"/> 1 JOUR <input type="checkbox"/> 2 JOURS <input type="checkbox"/> 3 JOURS <input type="checkbox"/> 4 JOURS <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	
GARDERIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EXCEPTIONNELLEMENT	

SORTIE D'ETABLISSEMENT

Pour les enfants en classe élémentaire :

L'enfant peut-il repartir seul : Oui Non

Personne habilitée pour venir rechercher l'enfant :

Indiquer les coordonnées des personnes (majeures) concernées (autres que les parents).

..... ☎ :

..... ☎ :

..... ☎ :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

..... ☎ :

..... ☎ :

..... ☎ :

En cas d'accident, transporter l'enfant : à l'hôpital à la clinique

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

• *Autorisation parentale de droit à l'image*

Dans le cadre périscolaire, peut-on prendre votre enfant en photographie ou en vidéo pour tous types de supports et de diffusion publique ?

Oui Non

• *Assurance extrascolaire*

Avez-vous souscrit une assurance extrascolaire couvrant les dommages corporels pour votre enfant ?

Oui Non

Si oui, Nom de l'assurance : N° de contrat :

* RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE

le _____ 20__

A l'inscription, le service Enseignement disposera du relevé des facturations en cours et, en cas d'impayés, adressera à la famille un état du solde à devoir pour ces services.

POUR FREQUENTATION DU RESTAURANT SCOLAIRE

TOUTES LES FAMILLES DANS LES CAS SUIVANTS PEUVENT BENEFICIER D'UN CALCUL SELON LE QUOTIENT FAMILIAL (pièces à fournir notifiées en première page du dossier d'inscription – il est rappelé, et ceci dans le propre intérêt de chaque famille, que le non dépôt de ces documents implique l'application du tarif maximum correspondant)

- habitants de Bar-Le-Duc
- familles extérieures justifiant d'un règlement d'une taxe locale d'habitation, taxe foncière ou Contribution Economique Territoriale à Bar-le-Duc
- familles extérieures de Bar-le-Duc avec enfants en classes spécialisées ou d'ULIS



ECOLE : _____

Enfant

NOM et Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Responsable de l'enfant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

N° de tél : _____ N° de portable : _____

Enfant bénéficiant d'un PAI : Oui Non

Personnes autorisées à reprendre votre enfant :

NOM Prénom : _____ N° de tél : _____

NOM Prénom : _____ N° de tél : _____

NOM Prénom : _____ N° de tél : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

..... ☎ :

..... ☎ :

..... ☎ :

En cas d'accident, transporter l'enfant : à l'hôpital à la clinique

Votre enfant repart : seul(e) ou accompagné(e)

Votre enfant fréquente la garderie le : lundi mardi jeudi vendredi

Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et m'engage à le respecter.

Date et signature,