



# ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRA SCOLAIRES

## INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Mariée  Célibataire  Divorcée  Séparée  Concubine  Veuf(ve)  PACS   
Catégorie de famille : Biparentale  Monoparentale

### RESPONSABLE LEGAL 1

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance / /

Père  Mère  Tuteur  Assistante familiale

Nbre enfants ..... Nbre enfants à charge .....

Nationalité .....

Adresse .....

Code Postal .....

Commune .....

Tel. ....

Email .....@.....

Employeur .....

Profession .....

Commune .....

Tel. ....

### RESPONSABLE LEGAL 2

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance / /

Père  Mère  Tuteur  Assistante familiale

Nbre enfants ..... Nbre enfants à charge .....

Nationalité .....

Adresse .....

Code Postal .....

Commune .....

Tel. ....

Email .....@.....

Employeur .....

Profession .....

Commune .....

Tel. ....

N° Allocataire .....

En vertu de la Loi du 6 janvier 1978, « informatique aux fichiers et libertés », des informations strictement confidentielles sont destinées à l'usage exclusif du guichet unique. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données.

# LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : .....

Responsable légal 1

OUI

NON

Responsable légal 2

OUI

NON

## Autres personnes :

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

**Pour les mineurs (de 16 ans révolus), une pièce d'identité sera demandée**

<sup>1</sup>: frère, sœur, oncle, tante, grand-père, grand-mère, nounou, autre...

Date: / /

Signature(s) des représentants légaux:

# ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRA SCOLAIRES EXTRAIT DU REGLEMENT ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

- ✓ La confirmation des inscriptions au **périscolaire** est affichée à l'école et au Guichet Unique.
- ✓ Les enfants ne peuvent être acceptés en accueil de loisirs qu'à partir de leurs **3 ans révolus**.
- ✓ La confirmation des inscriptions pour les **accueils de loisirs Mercredi et Petites Vacances** est disponible **fin Août** au Guichet Unique et à la Direction des Accueils de Loisirs.
- ✓ Toute inscription **confirmée** fera l'objet d'une **facturation** des prestations cochées sur le dossier d'inscription dès le mois de septembre que l'enfant soit présent ou pas.
- ✓ Tout changement pour la rentrée scolaire doit être signalé au Guichet Unique au plus tard avant le **15 Septembre**.
- ✓ Toute absence pour raison médicale, **déduite après 3 jours de carence**, ou pour cas de force majeure doit être signalée par un **justificatif** remis exclusivement au Guichet Unique. Toute déduction pour absence justifiée ainsi que la déduction des vacances scolaires sera effectuée sur la facture du mois suivant.
- ✓ Toutes les autres absences ne donneront pas lieu à déduction, notamment aucune déduction ne pourra être effectuée en cas **d'absence d'un enseignant** ou de mise en place du Service Minimum suite à une **grève des enseignants**.
- ✓ Toute modification ou radiation doit être signalée par courrier au Guichet Unique **avant le 15 de chaque mois**.
- ✓ L'accès aux activités périscolaires est réservé en priorité aux élèves dont les 2 parents travaillent, aux familles monoparentales dont le responsable légal travaille, et aux situations signalées par les assistantes sociales. Toute autre demande ne correspondant pas à ces conditions sera examinée au cas par cas dans la limite des places disponibles.
- ✓ Toute famille n'ayant pas fourni le montant de ses ressources sera facturée suivant le tarif maximum.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie avoir pris connaissance des points mentionnés ci-dessus et m'engage à les respecter.

Date:    /    /

Signature(s) des représentants légaux:

# ATTESTATION MEDICALE

## ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : .....

### Attestation

Votre enfant présente-t-il un problème de santé :

	Oui	Non
→ maladie métabolique (diabète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous cochez « oui » ci-dessus, merci de faire compléter le verso de ce formulaire par votre médecin traitant

Date:    /    /

Signature(s) des représentants légaux:

# ATTESTATION MEDICALE ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

A compléter uniquement si vous avez complété le recto de ce document

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_

## PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Description du problème médical: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Protocole à suivre en cas de problème: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: / /

Cachet et Signature du Médecin

## PARTIE A REMPLIR PAR LES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise l'équipe municipale en charge des temps péri et/ou extra scolaires ou des TAP, à délivrer les médicaments mentionnés dans l'ordonnance ci-jointe à mon enfant en cas de nécessité.

Date: / /

Signature(s) des représentants légaux:

# ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRA SCOLAIRES ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : .....

## Autorisation parentale

Je soussigné(e)..... autorise la Ville d'Ajaccio à utiliser toute photo ou vidéo réalisées dans le cadre des activités scolaires, périscolaires, extrascolaires et TAP afin de présenter les actions mises en œuvre et aucunement dans un but commercial.

Autorisation particulière : publication sur le site de la Ville d'Ajaccio

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant à participer à toutes les sorties organisées par les Accueils de loisirs de la Ville d'Ajaccio, dans le cadre des mercredis, petites et grandes vacances.

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant inscrit aux activités périscolaires et/ou extrascolaires à être transporté en cas d'accident.

→ Personne à contacter en cas d'accident : .....  
① .....

→ Autorisation de transporter votre enfant vers le Centre Hospitalier :

Oui  Non

Si non, vers quelle clinique voulez-vous le faire transporter : .....  
.....

Autorisation de pratiquer les premiers secours en cas de besoin :

Oui  Non

Date: / /

Signature(s) des représentants légaux :