



Les élèves scolarisés dans les écoles de la commune en 2018 / 2019 sont destinataires de documents pré-remplis

FOYER

Adresse (n°, voie, CP, Commune) :

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

père mère beau-père belle-mère autre (précisez) :

NOM et Prénom :

Tél. portable : ____/____/____/____/____ Courriel : _____@_____

Profession : Employeur :

Tél. pro : ____/____/____/____/____

père mère beau-père belle-mère autre (précisez) :

NOM et Prénom :

Tél. portable : ____/____/____/____/____ Courriel : _____@_____

Profession : Employeur :

Tél. pro : ____/____/____/____/____

Situation du foyer : Marié(s) Pacsé(s) Vie maritale Séparé(s) Divorcé(s) Célibataire Veuf(ve)

Enfants à charge composant le foyer :

NOM et Prénom : Né(e) le : ____/____/____

NOM et Prénom : Né(e) le : ____/____/____

NOM et Prénom : Né(e) le : ____/____/____

NOM et Prénom : Né(e) le : ____/____/____

Informations concernant l'autre parent en cas de séparation père mère

NOM et Prénom :

Adresse (n°, voie, CP, Commune) :

Tél. portable : ____/____/____/____/____ Tél. pro : ____/____/____/____/____

Courriel : _____@_____

Profession : Employeur :

Précisions concernant la résidence et la garde du(des) enfant(s) en cas de séparation des parents :

En cas de facturation séparée, il est nécessaire de constituer un dossier pour chaque redevable.

Organisme versant les prestations familiales : C.A.F. M.S.A. Autre (précisez) : .

N° allocataire : Fournir le document relatif aux droits de l'année en cours en cas d'aides spécifiques pour les activités proposées par la commune.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) *Prénom(s) et NOM(s)*

certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier, et reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements de fonctionnement des services (disponibles sur www.cormontreuil.fr) pour lesquels je demande l'inscription de mon ou mes enfant(s), et déclare en accepter les modalités.

Date ____/____/____ **et signature(s)** :



ENFANTS

NOM et Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : ____ / ____ / ____

2019 / 2020 - Classe : Etablissement scolaire :

Renseignements médicaux (traitement, asthme, allergies alimentaires, ...) :

Un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) existe-t-il ? Oui (fournir le document) Non

Autorisé(e) à partir de l'école / du centre de loisirs seul(e) : Oui Non

Sait nager : Oui Non Attestation de réussite aquatique : Oui Non

NOM et Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : ____ / ____ / ____

2019 / 2020 - Classe : Etablissement scolaire :

Renseignements médicaux (traitement, asthme, allergies alimentaires, ...) :

Un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) existe-t-il ? Oui (fournir le document) Non

Autorisé(e) à partir de l'école / du centre de loisirs seul(e) : Oui Non

Sait nager : Oui Non Attestation de réussite aquatique : Oui Non

NOM et Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : ____ / ____ / ____

2019 / 2020 - Classe : Etablissement scolaire :

Renseignements médicaux (traitement, asthme, allergies alimentaires, ...) :

Un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) existe-t-il ? Oui (fournir le document) Non

Autorisé(e) à partir de l'école / du centre de loisirs seul(e) : Oui Non

Sait nager : Oui Non Attestation de réussite aquatique : Oui Non

NOM et Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : ____ / ____ / ____

2019 / 2020 - Classe : Etablissement scolaire :

Renseignements médicaux (traitement, asthme, allergies alimentaires, ...) :

Un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) existe-t-il ? Oui (fournir le document) Non

Autorisé(e) à partir de l'école / du centre de loisirs seul(e) : Oui Non

Sait nager : Oui Non Attestation de réussite aquatique : Oui Non



Pour l'ensemble des enfants du foyer :

Régime alimentaire spécifique :

Médecin traitant (NOM, Prénom, adresse, tél.) :

.....

Autorisations :

- hospitalisation en cas d'urgence : Oui Non
- participation à toutes les activités proposées : Oui Non
- prise / diffusion de photo / vidéo dans le cadre de communications municipales et locales : Oui Non

| Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'(les) enfant(s)* | | |
|--|-------|--------------------------|
| NOM(s) et Prénom(s) | Tél. | Lien de parenté ou autre |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**une pièce d'identité peut être demandée par le personnel d'encadrement*

En cas d'interdiction(s) de reprendre l'(les) enfant(s) par un représentant légal, fournir la décision de justice.

Je soussigné(e) *Prénom(s) et NOM(s)*,
certifie avoir informé ou tenu informé les services municipaux de toute affection ou problème susceptible de nuire à l'accueil de mon ou mes enfant(s) dans les meilleures conditions.

Date ____ / ____ / ____ **et signature(s) :**

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à M. le Maire de Cormontreuil.

Pièces à fournir :

- dossier complété, daté et signé
- justificatif de domicile de moins de 3 mois (ou des grands-parents habitant la commune pour le tarif « intermédiaire », ou extrait kbis pour les entreprises en nom propre)
- en cas de séparation : jugement de divorce ou de séparation précisant le lieu de résidence de l'enfant et l'autorité parentale
- avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 des personnes composant le foyer
- carnet de santé (photocopie des pages vaccinations)
- attestation d'assurance responsabilité civile / assurance scolaire pour l'année concernée
- attestation C.A.F. (et aides aux temps libres C.A.F. le cas échéant)
- R.I.B. si mode de règlement par prélèvement

Réservé à l'administration :

Date d'arrivée : Dossier complet : Oui Non Quotient :