



COMMUNE DE CASE-PILOTE

Hôtel de Ville
97222 CASE-PILOTE

☎ 0596 78 45 56
☎ 0596 78 83 96

caissedescoles@mairiecasepilote.fr

CAISSE DES ECOLES VILLE DE CASE-PILOTE

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE MUNICIPAL

DOCUMENT À COMPLÉTER ET A REMETTRE A LA CAISSE DES ECOLES

Hôtel de Ville - 97222 CASE PILOTE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Lieu :

Ecole : Classe :

- GARDERIE MATIN MIDI ET SOIR
 CANTINE
 T.A.P (gratuit)
 BUS

• Les enfants non-inscrits aux TAP devront quitter l'école à 11h le vendredi

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Situation familiale : Célibataire Marié PACS Vie Maritale Séparé Divorcé

MERE (ou tutrice légale) :

Nom : Prénom

Adresse de la Mère :

Téléphone : ☎ * : ☎ :

E. mail : @

J'autorise le Maire à m'envoyer les newsletters, communiquées de la commune : OUI NON

Employeur de la mère :

..... ☎ :

PERE (ou tuteur légal) :

Nom : Prénom

Adresse du Père :

Téléphone : ☎ * : ☎ :

E. mail : @

J'autorise le Maire à m'envoyer les newsletters, communiquées de la commune : OUI NON

Employeur du père :

..... ☎ :

AUTRE PERSONNE AUTORISEE A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,, responsable légal(e) de l'enfant
....., autorise sa sortie de l'accueil périscolaire accompagné des personnes
dont les noms suivent :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Adresse complète
			☎ 0596 ☎ 0696	
			☎ 0596 ☎ 0696	
			☎ 0596 ☎ 0696	

CAISSE DES ECOLES VILLE DE CASE-PILOTE

DISPOSITIONS EN CAS D'URGENCE *PERSONNE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE*

Nom - Prénom : ☎ 0596..... 📞 *0696.....

Nom - Prénom : ☎ 0596..... 📞 *0696.....

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,, responsable légal(e)
(de l'enfant déclare autoriser la
municipalité et par délégation, la ou le responsable de la garderie concernée, à prendre en cas
d'accident, toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Nom du médecin traitant : ☎ :

Adresse :

Précautions particulières :

.....

ASSURANCE

Votre enfant doit bénéficier d'une assurance scolaire pour les activités extra-scolaires et une
copie du certificat d'assurance doit être remise.

ATTESTATION D'ASSURANCE A REMETTRE

DONNEES SUR L'ENFANT

N° de SS :

☞ Votre enfant fait-il l'objet d'un Plan Accueil Individualisé (PAI) ?

Oui Non

☞ Si votre enfant requiert une attention particulière, expliquez et indiquez les soins requis
(santé, alimentation, activités, autres...) :

.....

.....

AUTORISATION DE DROIT D'IMAGE / MINEUR

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de : Père Mère Autre précisez :

Autorise le / la mineur(e), Nom / Prénoms : à
participer aux actions pédagogiques de l'accueil périscolaire municipal, aux TAP et à être
photographié ou filmé par les services de la ville.

Photo / vidéo OUI NON

J'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des
publications ou expositions de la ville dans le cadre de ses actions de communication
institutionnelle, pour une durée indéterminée. OUI NON

SIGNATURES DES REPRESENTANTS LEGAUX
(Précédées de la mention manuscrite « **Lu et approuvé** »)

A : Le :

Les champs marqués par * sont à renseigner obligatoirement