



COMMUNE DE CASE-PILOTE

Hôtel de Ville  
97222 CASE-PILOTE

☎ 0596 78 45 56  
☎ 0596 78 83 96

[caissedescoles@mairiecasepilote.fr](mailto: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       T.A.P (gratuit)       BUS  
 CANTINE

**• 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