**DOSSIER POUR CREATION D’UN COMPTE « FAMILLE »**

Année scolaire 20\_\_/ 20\_\_

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

* Attestation d’assurance scolaire et extrascolaire
* RIB si prélèvement automatique
* Autorisation prélèvement SEPA (si prélèvement automatique)

**Enfant :**

Nom : Prénom

Date de naissance :

École : Classe :

Adresse :

Code postal : Ville :

Difficultés de santé particulières (allergies, asthme…) :

Renseignements médicaux utiles à l’équipe d’encadrants pour la vie en collectivité (difficultés de sommeil, énurésie, appareil dentaire…) :

***Si Projet d’Accueil Individualisé, merci de le fournir.***

**Responsables légaux :**

|  |
| --- |
| **Situation familiale** : ⭘ Marié ⭘ Pacsé ⭘Vie Maritale ⭘Séparé ⭘Divorcé ⭘Veuf ⭘ Garde alternée |
| **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** |
| ⭘ Père ⭘ Mère ⭘Autre : ………………………………..Autorité parentale : ⭘ Oui ⭘ Non  | ⭘ Père ⭘ Mère ⭘Autre : ………………………………..Autorité parentale : ⭘ Oui ⭘ Non  |
| Nom : …………………………………………………………………Prénom : …………………………………………………………..….Adresse : …………………………………………………..…………Tél domicile : ………………………………………….…………….Tél portable……………………………………………….………….E.mail : (obligatoire)…………………………….…………………………………………….Employeur : …………………………………………….……………Tél professionnel : …………….…………………….……………Régime allocataire : ……………………………………………..⭘ CAF N° allocataire……………………………………………⭘ MSA. N° allocataire ………………………………………….⭘ Autres ……………………………………………Si famille recomposée, Nom et prénom du conjoint : …………………………………………………………….. | Nom : …………………………………………………………………Prénom : …………………………………………………………..….Adresse : …………………………………………………..…………Tél domicile : ………………………………………….…………….Tél portable……………………………………………….………….E.mail : …………………………….………………………………….Employeur : …………………………………………….……………Tél professionnel : …………….…………………….……………Régime allocataire : ……………………………………………..⭘ CAF N° allocataire……………………………………………⭘ MSA. N° allocataire ………………………………………….⭘ Autres ……………………………………………Si famille recomposée, Nom et prénom du conjoint : …………………………………………………………….. |

Si adresse de facturation différente, merci de préciser.

**Personnes autorisées à récupérer l’enfant et à prévenir en cas d’urgence :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Lien avec l’enfant** | **Numéros de téléphone** | **A prévenir en cas d’urgence** | **Autorisées à prendre l’enfant** |
|  |  |  | ⭘ Oui ⭘ Non | ⭘ Oui ⭘ Non |
|  |  |  | ⭘ Oui ⭘ Non | ⭘ Oui ⭘ Non |

Médecin traitant : Téléphone :

**Inscription au restaurant scolaire**

Les réservations peuvent se faire soit à l’année, soit ponctuellement sur le portail familles. Les réservations et annulations doivent être faites sur le portail familles, une semaine avant.

Passé ce délai, veuillez contacter le restaurant scolaire.

Mode de fréquentation choisi :

⭘ Forfait 4 jours ⭘ Occasionnel

**Modes de règlement**

⭘ Prélèvement automatique

⭘ Autres moyens de paiement (chèques, espèces, paiement en ligne)

**Règlement intérieur et informations**

Je soussigné(e) M ou Mme ………………………………..……………….. représentant légal de ………………….……..… :

 ⭘ Atteste avoir pris connaissance du règlement afférent aux services auxquels mon enfant est inscrit.

 ⭘ Atteste de l’exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et m’engage à signaler toutes modifications sans délai via le portail familles.

Par mon inscription j’autorise le personnel à prendre les mesures nécessaires en cas d’urgence, la diffusion l’image de mon enfant sur tous supports (presse, site internet CCPA et communes, publications CCPA et des communes, pages Facebook…), la mise en ligne de ma facture dématérialisée sur le portail famille.

Dans le cas contraire, un courrier de la famille est demandé.

Fait à ………………………………..……………….. le ………………………………..………………..

Signature

***Document à retourner à la Mairie de MARTINET avec les pièces jointes***