

La présente doit être dûment complétée pour être prise en compte



- Ecole Maternelle Pierre et Marie Curie
 Ecole Elémentaire Langevin Wallon

Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Merci de compléter le formulaire en lettres majuscules

ENFANT

Fille Garçon

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Lieu de naissance :

SANTÉ

Votre enfant est-il sujet à un traitement médical, à un régime particulier et/ou à une allergie :

Oui Non

Si oui merci de préciser lequel:

A-t-il fait l'objet d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** Oui Non

Merci de préciser toutes autres difficultés de santé ou recommandations utiles :

.....

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

1^{er} REPRÉSENTANT Mère Père autre

2^{ème} REPRÉSENTANT Mère Père autre

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
 Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
 Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire

Nom de famille :

Nom de famille :

Nom d'usage :

Nom d'usage :

Prénom :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Adresse (si différente de l'enfant) :

N° mobile :

N° mobile :

N° fixe :

N° fixe :

N° travail :

N° travail :

Courriel :

Courriel :

Les factures seront adressées par mail merci de cocher l'adresse mail souhaitée

Nom du ou des personnes à facturer et adresse si différente des représentants légaux :

.....

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE ET PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant et ou à prévenir en cas d'urgence :

NOM	Prénom	n° de téléphone
Lien avec l'enfant :		<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d'urgence
NOM	Prénom	n° de téléphone
Lien avec l'enfant :		<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d'urgence
NOM	Prénom	n° de téléphone
Lien avec l'enfant :		<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d'urgence

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)
 autorise n'autorise pas
le personnel de service à contacter un médecin et/ou les pompiers en cas d'accident survenant à mon enfant sur le temps périscolaire.

Nom et adresse de l'assurance responsabilité individuelle accident :
.....

AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)
 autorise n'autorise pas
par la présente, la commune de Vivonne représentée par son Maire en exercice, à diffuser la(les) photographie(s) ou vidéo(s) prise(s) lors des activités scolaires ou périscolaires municipales (restaurant scolaire, garderie, diverses manifestations....) sur laquelle(lesquelles) figure mon fils/ma fille (nom et prénom)
Cette autorisation est valable :
- Pour l'édition de documents de communication communale, pour les expositions, pour la publication sur le site internet de la ville, pour la publication dans la presse.

REGLEMENT

Les factures seront réglées de préférence par internet via le Portail Familles, ou auprès du régisseur de recettes de la Mairie par chèque à l'ordre du Trésor Public, CESU ou espèces, ou par correspondance en adressant un chèque à la Mairie accompagné du talon de la facture.
En l'absence de paiement dans un nouveau délai de 15 jours compté à partir de la relance effectuée par le régisseur, ce dernier communiquera le montant dû pour recouvrement à la DDFIP (Trésorerie)
La personne inscrivant l'enfant sera considérée comme le payeur.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande, m'engage à prendre connaissance et à approuver les règlements de la garderie et du restaurant scolaire.
Les règlements intérieurs sont disponibles en Mairie, aux écoles et sur le Portail Familles.

Je m'engage à faire part de tous changements modifiant les indications mentionnées ci-dessus.
Je m'engage également à régler la totalité des factures relatives aux services périscolaires sans quoi mon enfant pourrait y être refusé.

Fait à Vivonne,

NOM et Prénom du signataire :

Le |_|_| / |_|_| / 20|_|_|

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)