

FICHE D'INSCRIPTION

2025-2026

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Nom de l'assurance :	
Numéro du contrat :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

REFERENTS DES FRAIS DE CANTINE	
Responsable financier 1- Tiers solidaire	Responsable financier 2 - Tiers solidaire
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

PERSONNES A CONTACTER
Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Mode d'emploi :

Si vous désirez inscrire votre enfant à une des activités ci-dessous, modifiez la semaine type et entourez la mention 'Ajouter'

Remarque : Les cases grisées correspondent à des jours où l'activité est fermée.

Etablissement : Ecole Jules Ferry								
Activité	Semaine type							Action
Repas réservé Enfant	L	M	M	J	V	S	D	--- Ajouter

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- ASSURANCE SCOLAIRE

ATTESTATION

Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

- * A remplir obligatoirement

Informations complémentaires

Mode de facturation

conjointe ou exclusive

Nom et prénom du redevable légal

alternée en fonction du calendrier de garde (nous donner le calendrier avec la fiche de renseignement signé par les deux redevables légaux).

O Cocher la case correspondante à vos besoins

→ **Si en cours d'année il y a un changement de situation et de payeur : un accord écrit et signé des deux parents sera obligatoire, sinon aucune modification ne pourra être prise en compte.**

Prix du repas

Le prix du repas régulier est de **2.90 €**

Communication

L'envoi des factures se fait de manière dématérialisée. Pour cela, vous devez impérativement vous inscrire sur le portail famille BL.Enfance :

<https://portail.bergerlevrault.fr/MairieSaintPierreOleron17310/accueil>

et créer votre compte. Toutefois si vous souhaitez continuer à recevoir vos factures par courrier une demande doit être faite par email à : enfance2@saintpierreoleron.com ou par téléphone au : [05.46.36.32.86](tel:05.46.36.32.86)