

# 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
<b>Partir seul</b> : 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
<b>Prise de photo</b> : 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
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : 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
<b>Handicapé :</b> 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 Jean Jaurès								
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 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](mailto:enfance2@saintpierreoleron.com) ou par téléphone au : [05.46.36.32.86](tel:05.46.36.32.86)