

Un seul dossier à remplir, par enfant, pour tous nos services.
Cette démarche peut aussi se faire en ligne : www.fougères.fr

L'ENFANT *(écrire en majuscule)*

NOM : Prénom : Sexe : F - M

Né(e) le :/...../..... Ville de naissance : Pays :

Ecole : Niveau :

Adresse principale de l'enfant :

CP : VILLE :





INSCRIPTION AUX SERVICES PROPOSÉS PAR LA VILLE

PERISCOLAIRE *matin / soir* ACCUEIL MERCREDIS ACCUEIL VACANCES PASS'PARTOUT
RESTAURANT SCOLAIRE Régime alimentaire spécifique : sans viande sans porc Allergie ou intolérance

LES PARENTS (OU RESPONSABLES LÉGAUX) *(écrire en majuscule)*



Garde alternée : Si vous optez pour un calendrier de facturation alternée remplissez au verso le cadre « FACTURATION ALTERNÉE ». A défaut toutes les factures seront adressées au « RESPONSABLE PAYEUR » indiqué ci-dessous.

REPRESENTANT 1 – RESPONSABLE PAYEUR	REPRESENTANT 2
Lien avec l'enfant : mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre :	Lien avec l'enfant : mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre :
Détient l'autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Détient l'autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si non, autorisé à venir chercher l'enfant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si non, autorisé à venir chercher l'enfant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP : Ville :	CP : Ville :
 Port. :	 Port. :
 prof. si urgence :	 prof. si urgence :
E-mail :	E-mail :

Nom du parent qui perçoit les allocations familiales :

Organisme qui verse les prestations sociales : CAF MSA Autre régime :

N° allocataire :

JE DONNE MON AUTORISATION AUX AGENTS HABILITÉS PAR LA CAF, À CONSULTER MON QUOTIENT FAMILIAL SUR LE SITE PROFESSIONNEL SECURISÉ DE LA CAF. oui non Si non, les prestations, Aides aux vacances / PSU CAF pourraient ne pas être intégrées.

AUTORISATIONS (l'absence de réponse sera considérée comme accepté)

JE RECONNAIS que cette demande d'inscription effectuée par moi-même, est présumée avoir recueilli l'accord de l'autre parent co-titulaire de l'autorité parentale (code civil). *A défaut, vous devez porter ce désaccord à notre connaissance, par écrit.*

JE DECLARE avoir pris connaissance des règlements, conditions d'organisation, tarifs des services concernés et les accepter ;

J'AUTORISE la diffusion de photos représentant mon enfant, prises à l'occasion des activités auxquelles il participe, sur les publications municipales : **oui** **non**

J'AUTORISE mon enfant à rentrer seul le midi ou le soir à la fin de la classe (**école publique seulement**) : **oui** **non**

Si non, il sera automatiquement confié au service municipal périscolaire par les enseignants

AUTRES CONTACTS AUTORISES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

La ville n'est plus responsable après la remise de l'enfant à l'une des personnes majeures ou mineures ci-dessous.

Nom :			
Prénom :			
Tél :			
Lien avec l'enfant :			
Prévenir en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

FACTURATION ALTERNEE (pour parents séparés ou divorcés, détenteurs conjoints de l'autorité parentale)

- Vous avez un jugement ou une convention de divorce => *joindre obligatoirement une copie sous pli cacheté,*
- Vous n'avez ni l'un ni l'autre de ces documents et vous souhaitez mettre en place un calendrier de facturation alternée,

Quel sera votre calendrier ?	Facturation à vous		Facturation à l'autre parent	
Périscolaire matin midi soir	semaine paire <input type="checkbox"/>	semaine impaire <input type="checkbox"/>	semaine paire <input type="checkbox"/>	semaine impaire <input type="checkbox"/>
Mercredis	semaine paire <input type="checkbox"/>	semaine impaire <input type="checkbox"/>	semaine paire <input type="checkbox"/>	semaine impaire <input type="checkbox"/>
Vacances	semaine paire <input type="checkbox"/>	semaine impaire <input type="checkbox"/>	semaine paire <input type="checkbox"/>	semaine impaire <input type="checkbox"/>

Pour le choix d'un autre fonctionnement, contactez le service.

Je soussigné(e) Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à
le

Signature obligatoire :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique exclusivement destiné à la gestion des inscriptions, à la facturation et au suivi des services petite enfance, périscolaires et extrascolaires proposés par la ville de Fougères. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données. Pour exercer ces droits contactez le délégué à la protection des données de la ville de Fougères par écrit à M. le Maire de Fougères – Délégué à la protection des données - 2 rue porte St Léonard 35300 FOUGERES ou par mail : rgpd@fougeres.fr