

COMMUNAUTE de COMMUNES Argonne-Meuse



Courriel : accueil.scolaire.ccam@orange.fr

FICHE D'INSCRIPTION CLERMONT EN ARGONNE – LES ISLETTES

ACCUEIL PERISCOLAIRE- ACCUEIL DU MERCREDI- RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire : _____ Ecole : _____ Classe : _____

ÉLÈVE

NOM de famille : _____ Sexe : M F
Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Nationalité : _____
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance (commune et département) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Situation familiale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____
Numéro de poste : _____ Courriel : _____

Père Autorité parentale : Oui Non:

NOM : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Situation familiale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____
Numéro de poste : _____ Courriel : _____

Autre responsable légal : (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____
Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tél. : _____ Tél. portable : _____
Courriel : _____

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

- **Accueil périscolaire matin** Oui Non Occasionnellement
- **Accueil périscolaire soir:** Oui Non Occasionnellement
- **Restaurant scolaire :** Oui Non Occasionnellement
- **Accueil périscolaire mercredi matin :** Oui Non
- **Transport scolaire :** Oui Non

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non Individuelle Accident : oui non
Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____ Autorisé à prendre l'enfant

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : _____, représentant légal autorise/autorise pas mon enfant _____
à être pris en photo dans le cadre des heures périscolaires.

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) : _____, déclare avoir pris connaissance et respecter le règlement intérieur de la
restauration scolaire, des accueils périscolaires.

Je m'engage à informer mon enfant _____ des dispositions qu'il contient.

Date : _____

Signature :

Je m'engage à vous signaler tous les changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

Date : _____

Signature des Parents