

# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

## FAMILLE / ENFANTS

VEUILLEZ COCHER LE OU LES ETABLISSEMENTS SOUHAITES

*Ecole de Lezoux – POTIER MARCUS*

Maternelle : Madame MENEGAUX Julie :

- Email : [ecole-mat.lezoux.63@ac-clermont.fr](mailto:ecole-mat.lezoux.63@ac-clermont.fr)
- N°tél : 04 73 73 15 79

Elémentaire : Madame BILLET Stéphanie :

- Email : [0632064B@ac-clermont.fr](mailto:0632064B@ac-clermont.fr)
- N°tél : 04 73 73 05 25

*Accueil de loisirs périscolaire\**

### RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

<p><b><u>Mme SAUVÉ Alexia</u></b></p> <p><b><u>Adjointe des Affaires Scolaires</u></b></p> <p>1 impasse Pasteur, 63190 LEZOUX <a href="mailto:affairescolaires@lezoux.fr">affairescolaires@lezoux.fr</a> <b>04 73 73 03 00</b></p>	<p><b><u>M ADDIOUI Rayan</u></b></p> <p><b><u>Directeur ALSH</u></b></p> <p>1 impasse Pasteur, 63190 LEZOUX <a href="mailto:directionperiscolaire@lezoux.fr">directionperiscolaire@lezoux.fr</a> <b>04 73 73 03 00</b></p>	<p><b><u>Mme DE SOUSA Tiffany</u></b> <b><u>Mme JACQUEMET Gaëlle</u></b></p> <p><b><u>Service Inscriptions</u></b> <b><u>Facturation</u></b></p> <p>1 impasse Pasteur, 63190 LEZOUX <a href="mailto:facturationperiscolaire@lezoux.fr">facturationperiscolaire@lezoux.fr</a> <b>04 73 68 27 21</b></p>
--	--	--

\* : Facultatif

# Fiche de renseignements familles

✓ L'ENFANT :  Fille\*  Garçon\*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Classe : ..... Année Scolaire 1 : .....

Classe : ..... Année scolaire 2 : .....

Classe : ..... Année scolaire 3 : .....

**Veillez cocher cette case si l'enfant est en garde alternée**

Coller ici une photo de  
votre enfant\*

(Photo conservée 5ans)

✓ RESPONSABLE N°1 :  Mère  Père  Autres .....

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... A .....

Situation familiale : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Tél contact : .....

Email : .....

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves.  OUI  NON

✓ RESPONSABLE N°2 :  Mère  Père  Autres .....

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... A .....

Situation familiale : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Tél contact : .....

Email : .....

## Frères et sœurs :

Nom / Prénom	Date de naissance	Age	Classe	Ecole

Fait à : ..... Le ..... / ..... / ..... Signature :

## FICHE D'URGENCE



Non confidentielle conforme au RGPD à renseigner par les représentants légaux à chaque rentrée scolaire.

**Année scolaire 1** : 202...../ 202.....      **Année scolaire 2** : 202...../ 202.....      **Année scolaire 3** : 202...../ 202.....  
**Classe** : .....      **Classe** : .....      **Classe** : .....

### ELEVE :

NOM:.....Prénom : .....

Adresse :.....Cp :..... Ville :.....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance :.....

### REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM / Prénom : ..... Adresse : ..... Cp :..... Ville :..... <input type="checkbox"/> Domicile : ..... <input type="checkbox"/> Portable : ..... <input type="checkbox"/> Travail : ..... Mail : .....	NOM / Prénom : ..... Adresse : ..... Cp :..... Ville :..... <input type="checkbox"/> Domicile : ..... <input type="checkbox"/> Portable : ..... <input type="checkbox"/> Travail : ..... Mail : .....
---	---

**En cas d'accident, l'établissement scolaire ou le service périscolaire s'efforceront de prévenir la famille  
Par les moyens les plus rapides.**

NOM .....n° de téléphone .....

NOM ..... n° de téléphone .....

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-Centre 15.**  
**Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école, le service périscolaire.**  
**Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.**

1. Votre enfant a-t-il un **PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** pour raison de santé) : (Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire).     OUI     NON

2. Votre enfant a-t-il un **PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)** pour situation de handicap) : (Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire).     OUI     NON

Si oui, et/ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et/ ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche de santé confidentielle, à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier.

3. **Type de repas\*** :  Sans porc     Sans viande     Sans poisson     Autres :.....

*BO du 16 Juin 2005 relatif à l'archivage : fiche conservée 2 ans puis détruite*

A..... Le ..... **Signature des représentants légaux :**

✓ PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT :

1. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....
2. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....
3. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....
4. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....
5. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....
6. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....
7. Nom : ..... Prénom : ..... N°tél : ..... Lien : .....

Toute personne non citée ci-dessus ne pourra pas récupérer l'enfant.

✓ DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e)....., agissant en qualité de .....

- Autorise l'école et le service périscolaire à utiliser l'image de mon enfant pour promouvoir ses activités
- Autorise l'école et le service périscolaire à utiliser l'image de mon enfant en dehors de ses locaux, soit :

Blog / site internet de la commune / de l'école / bulletin municipal

CD roms ou DVD / de rencontres / d'événements et ou de sorties scolaires

Sur des journaux prospectus, flyers ayant pour but de promouvoir le service périscolaire et l'école

(Merci de remplir les conditions sur l'espace famille dans la rubrique autorisations)

**Veuillez cocher les mentions que vous acceptez.**

Fait à : ..... Le ..... / ..... / .....      Signature :



## Modalité de paiement :

La facturation est faite au début du mois suivant et mis en prélèvement aux alentours du 06 de chaque mois. La facture est au nom du responsable n°1.

Pour les enfants en garde alternée, merci de nous préciser :

2 espaces familles (1 pour chaque parent) = une facture par responsable / mois

1 espace famille (nom du 1<sup>er</sup> responsable) = une facture /mois

*Les réservations sont **OBLIGATOIRES** ! Dans le cas contraire c'est le double du tarif le plus élevé qui sera appliqué !*

Votre enfant bénéficie de l'AEEH \*(Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) :  OUI  NON

✓ RENSEIGNEMENTS CAF/MSA :

Caisse Allocation Familiale ou MSA de : .....

N° Allocataire : ..... Quotient familial : .....

Nom et Prénom de l'allocataire : .....

*Si vous n'êtes pas en capacité de nous fournir une attestation CAF/MSA, merci de nous transmettre votre avis d'imposition dans le cas contraire c'est le quotient familial le plus élevé qui sera pris en compte.*

Adresse de connexion pour le portail famille :

1. ....@.....

2. ....@.....

✓ ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR :

Le fait d'inscrire son/ses enfant(s) au service périscolaire et/ou à la restauration scolaire implique l'application et la validation du règlement intérieur de la commune.

Fait à : ..... Le ..... / ..... / ..... Signature :