



COMMUNE DE FIGARI

Marjorie IRALI ☎ 04 95 71.00.23- 06 37 40 27 06

Dossier à envoyer par mail : alsh@figari.fr ou à déposer à la Mairie

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2023 - 2024

Primaires et Maternelles : RESTAURATION - GARDERIE – TRANSPORT SCOLAIRE

NOM **PRÉNOMS**.....

...

Niveau à la rentrée de Septembre 2024 : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Date de naissance.....Lieu..... Sexe M F

Adresse.....

...

Code







Postal.....Commune.....

N° ASSURANCE

SCOLAIRE.....ASSUREUR.....

Fournir l'attestation d'assurance

NOM-Prénom.....École.....

Représentant légal 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>	Représentant légal 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
NOM..... ..	NOM..... ..
Prénom..... ...	Prénom..... ...
Adresse..... .	Adresse..... .
Code Postal..... Commune.....	Code Postal..... Commune.....
 Domicile.....	 Domicile.....
 Bureau.....	 Bureau.....
 Portable.....	 Portable.....
@ Email.....	@ Email.....
Situation familiale	Situation familiale
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/>
Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/>	Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/>
Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Profession	Profession
. Nom et adresse employeur..... Nom et adresse employeur.....

NOM-
Prénom.....**École**.....

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Restauration scolaire (ne cocher qu'une seule case) les jours sont fixés et pour le trimestre

- Pas de cantine
- Cantine 4 fois par semaine (Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi)
- Cantine entourer les jours choisis : Lundi – Mardi – Jeudi - Vendredi

3

Garderie périscolaire.

- Pas de garderie

Garderie du Matin

Garderie du Soir

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Centre de Loisirs

ALSH mercredi

Oui

Non

ALSH vacances scolaires

Oui

Non

Le dossier doit être retiré en mairie

Transport scolaire Service de la compétence de la Collectivité de Corse

Oui

Non

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Tous les services font l'objet d'une facture unique, détaillée, mensuelle, expédiée à terme échu et payable dès réception :

Par prélèvement bancaire
Fournir un RIB

NOM-Prénom.....**École**.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

MÉDECIN

TRAITANT☎.....

VOTRE ENFANT PORTE-IL : Lentilles Prothèses auditives Prothèses dentaires
 Autres
(préciser).....

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES :

Asthme (préciser Origine – Cause – Conduite à tenir – Auto médication éventuelle)

.....
....

Médicamenteuses (préciser Origine – Cause – Conduite à tenir – Auto médication éventuelle) ...

.....
....

Alimentaires (préciser Origine – Cause – Conduite à tenir – Auto médication éventuelle)

.....
....

Autres (préciser Nature - Origine – Cause – Conduite à tenir – Auto médication éventuelle)

.....
....

INDIQUER SES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident opération, rééducation, etc...)

.....
...

.....
..

ET PRÉCISER LES PRÉCAUTIONS A
PRENDRE.....

.....
..

.....
..

NOM-Prénom.....École.....

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À RÉCUPERER L'ENFANT

EN L'ABSENCE DES PARENTS (Obligatoirement personnes majeures)

5

1/

Nom.....Prénom.....

Lien de parenté.....



Domicile.....



Portable.....

2/

Nom.....Prénom.....

Lien de parenté.....



Domicile.....



Portable.....

3/

Nom.....Prénom.....

Lien de parenté.....



Domicile.....



Portable.....

NOM- Prénom.....École.....

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS DES PARENTS

Je soussigné(e) M-Mme.....

Agissant en qualité de Père Mère Représentant légal de l'enfant :

NOM.....Prénom.....

....

- Déclare être en possession d'un contrat d'assurance couvrant tous les dommages que mon enfant pourrait, durant l'exercice des activités périscolaires, causer ou subir de son propre fait ou du fait d'autrui.

- Autorise les personnes dûment désignées à récupérer l'enfant

Autorise N'autorise pas le personnel d'encadrement, en cas d'accident ou d'état de santé de l'enfant nécessitant une intervention médicale, à prendre toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris éventuellement le transport en ambulance et l'hospitalisation.

Uniquement pour le Transport scolaire et les élèves du primaire

- Autorise N'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la maison dès la descente du car et décharge les services de la commune de toute responsabilité au sujet de tout incident qui pourrait survenir.

- M'engage à signaler à la responsable tout changement de situation pouvant survenir en cours d'année et concernant les informations contenues dans le présent dossier.

- **Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur unique des services périscolaires et m'engage à en respecter les dispositions.)**

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet les prélèvements d'impôt ordonnés par le Trésor public. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le Trésor public.

Signature du titulaire du compte à débiter :

.....

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal