FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame, Monsieur

La compétence scolaire est gérée par la Communauté des Communes Isle Double Landais dont le siège est à Montpon Ménestérol.
Un dossier d'inscription complet est nécessaire pour l'utilisation de l'un des services suivant :

- **La restauration scolaire**
- **La garderie**
- **Les ALSH de Montpon Ménestérol ou de Moulin-Neuf.**

Ce dossier se compose de cette fiche de renseignements et s'accompagne des documents suivants :

- **Copie du livret de famille complet**
- **Assurance extra-scolaire de l'année en cours**
- **2 photos d'identité**
- **Attestation du quotient familial du mois de janvier de l'année en cours**
- **Copie de toutes les pages de vaccinations, à jour**
- **Charte de comportement**
- **Autorisation de prélèvement automatique (règlement financier + mandat SEPA + RIB)**
- **Coupon du règlement intérieur**

Une fois le dossier complet, il doit être remis impérativement à la Communauté de Communes, le plus rapidement possible afin qu'il soit pris en compte et que votre enfant puisse bénéficier des services proposés.

Communauté de communes
ISLE DOUBLE LANDAIS
4b rue du Maréchal JOFFRE 24700 MONTPON MENESTEROL
Tél : 05.53.82.58.25 - 06 07 32 29 52 **Fax :** 05.53.82.95.28
Courriel : nadine.blancheton@ccidl.fr

ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Lieu de l'école : _____

Photo

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Sexe *: Féminin Masculin

Numéro allocataire : _____ mère* père* Régime* : CAF MSA

L'enfant vit* : - chez le père - chez la mère - chez les parents - en famille d'accueil

- en garde alternée (à préciser) : chez la mère semaine _____
chez le père semaine _____

(*rayer les mentions inutiles)

PARENTS :

Responsable légal 1 :

Nom / prénom : _____ Nationalité : _____

Né(e) le : _____ à : _____ département : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Mail : _____

Profession : _____ Tél pro : _____

Adresse pro : _____

_____

Responsable légal 2 :

Nom / prénom : _____ Nationalité : _____

Né(e) le : _____ à : _____ département : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Mail : _____

Profession : _____ Tél pro : _____

Adresse pro : _____

_____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en dehors des parents) :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

MEDICAL

- Nom et prénom du médecin traitant : _____
- Téléphone du médecin : _____
- Etablissement hospitalier souhaité : _____

Allergies	
Régime alimentaire	
Antécédents médicaux	
PAI (Plan d'Accueil Individualisé) documents à fournir	

Autorisation en cas d'urgence :

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du représentant légal 1 : Signature du représentant légal 2 :

Autorisation de filmer et de photographier :

Je soussigné, _____, autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation, pendant la durée de l'accueil de l'enfant dans la structure et certifie, que si je reçois les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usage qu'un usage familial et à ne pas les diffuser sur internet.

Signature du représentant légal 1 : Signature du représentant légal 2 :