

| ENFANT | | | |
|---|----------------|--|---|
| Nom : | | Prénom: | |
| | | Sexe: <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin | |
| Date de naissance : | | Lieu de naissance : | |
| Adresse : | | | |
| Etablissement scolaire : | | Enseignant: | Classe: |
| Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Hallal <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autre: | | | |
| MÈRE | | | |
| Nom - Prénom : | | 📞 Téléphone | |
| Date de naissance : | | Lieu de naissance : | |
| 📍 Adresse : | | 📞 Privé : | |
| ✉ Mail: | | 📞 Portable : | |
| Profession: | | 📞 Professionnel : | |
| Régime allocataire: <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre(Précisez): | | N° d'allocataire CAF: | Quotient familial: |
| PÈRE | | | |
| Nom - Prénom : | | 📞 Téléphone | |
| Date de naissance : | | Lieu de naissance : | |
| 📍 Adresse : | | 📞 Privé : | |
| ✉ Mail: | | 📞 Portable : | |
| Profession: | | 📞 Professionnel : | |
| Régime allocataire: <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre(Précisez): | | N° d'allocataire CAF: | Quotient familial: |
| AUTORISATIONS | | | |
| • Autorise le Centre Socioculturel de la Meinau à photographier, filmer et enregistrer l'image de mon enfant dans le cadre des activités auxquelles il participe. Ces images pourront être utilisées à des fins d'informations et/ou publicitaires sur les différents supports de communication de la structure (Site internet, Page Facebook, Média de quartier, panneaux photos, articles de presse, projet vidéo, etc...). | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Autorise le Secteur Enfance à diffuser l'image de mon enfant dans les groupes Whatsapp destinés aux parents | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Autorise le CSC à se connecter à l'espace CAF PRO afin d'obtenir le quotient familial actualisé | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Autorise mon enfant à rentrer seul à l'heure de fermeture (12h00 et 18h30) | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES A CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents) | | | |
| 1 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 2 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 3 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 4 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 5 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 6 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 7 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 8 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 9 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |
| 10 | NOM - Prénom : | Téléphone : | Lien de parenté: |

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Copie vaccins
- Attestation de paiement CAF

- En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter toutes les conditions.
- Je déclare l'exactitude de tous les renseignements fournis ci-dessus.

Le..... à.....

Signature :