

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Enfant(s) scolarisé(s) :

	Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée à la rentrée 2020-2021	Classe
1					
2					
3					
4					

Responsables légaux :

Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....	Date et lieu de naissance : .....
Adresse : ..... .....	Adresse : ..... .....
E-mail : .....	E-mail : .....
E-mail de l'enfant : .....	E-mail de l'enfant : .....
Tél fixe : .....	Tél fixe : .....
Tél portable : .....	Tél portable : .....
Tél portable de l'enfant : .....	Tél portable de l'enfant : .....
Profession : .....	Profession : .....
Nom employeur : .....	Nom employeur : .....
Adresse employeur : ..... .....	Adresse employeur : ..... .....
Tél professionnel : .....	Tél professionnel : .....

**Situation des parents** :  Mariés  Pacsés  Concubins  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

Si vous êtes séparé ou divorcé, précisez le nom de la personne ayant la garde de l'enfant :

.....

Garde alternée :  OUI  NON (1 dossier à constituer par foyer)

N° Allocataire CAF : ..... (joindre attestation de Quotient Familial)

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

**Je souhaite régler mes factures par prélèvement automatique :**

OUI (joindre un RIB)  NON

Personnes autorisées à venir chercher l'(les) enfant(s) ou à contacter en l'absence des responsables :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....(N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....(N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....(N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : ..... (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

## FICHE D'INSCRIPTION ENFANT(S)

Fréquentation restauration scolaire :

(Cochez le régime alimentaire pour chaque enfant et les jours souhaités)

Régime alimentaire	Repas normal	Repas sans viande	P.A.I.*
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

Restauration scolaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Planning variable*
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					

\* Joindre l'attestation médicale

\* Planning communiqué au plus tard le jeudi avant 17h00 pour la semaine suivante

Consultez les menus sur API mobile ou [www.pulnoy.fr](http://www.pulnoy.fr)

Fréquentation accueil périscolaire maternel du soir : Cochez le forfait et les jours souhaités

Enfant(s) scolarisé(s) en maternelle uniquement

Accueil périscolaire maternel	Forfait 1 jour/ semaine	Forfait 2 jours/ semaine	Forfait 3 jours/ semaine	Forfait 4 jours/ semaine
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

Accueil périscolaire maternel	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

Fréquentation mercredis récréatifs : Cochez vos souhaits

Mercredis récréatifs	Mercredi		Planning variable*
	8h-13h30	8h-18h	
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

\* Planning communiqué au plus tard le jeudi avant 17h00 pour la semaine suivante

Fréquentation Mission Ados : Cochez vos souhaits

Enfant(s) scolarisé(s) à partir du CM2 uniquement

Mission Ados	Permanences d'accueil libre et coup de pouce aux devoirs	Activités organisées les mercredis après-midi et soirées	Activités organisées durant les vacances scolaires
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

### ATTESTATION

Je soussigné(e) Mme et/ou M. ....

Responsable de(s) l'enfant(s) .....

Scolarisé(s) à l'école .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'accueil des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical. **Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.**

Reconnais avoir pris connaissance du (des) règlement(s) intérieur consultable(s) sur le site internet de la Ville et valable(s) pour l'année scolaire en cours (restauration scolaire, accueil périscolaire maternel du soir, mercredis récréatifs, Mission Ados)

Fait à ....., le .....

Signature du ou des responsables légaux  
(précédée de la mention  
« Lu et approuvé ») :

### PIECES A FOURNIR

Le dossier doit impérativement être accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Attestation de Quotient familial délivré par la CAF
- Attestation de responsabilité civile individuelle
- Fiche sanitaire (1 par enfant)
- Photocopie du carnet de vaccination
- RIB (si prélèvement automatique)
- Mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé
- Règlement de l'adhésion Mission Ados



**Un dossier incomplet ne pourra pas être accepté**



**A déposer à l'accueil du Service Toutes Générations  
avant le 07 août 2020**



Accusé de réception à remettre au Service Toutes Générations

Je soussigné(e), Madame (nom, prénom) ..... ou  
Monsieur (nom, prénom) ..... certifie avoir pris  
connaissance du règlement intérieur relatif à la restauration scolaire, à l'accueil périscolaire, à la Mission  
Ados et m'engage à le respecter.

Date et signature du/des représentant(s) légal(aux) (précédé de la mention lu et approuvé) :

*Règlement consultable sur [www.pulnoy.fr](http://www.pulnoy.fr) ou à demander à l'accueil du Service Toutes Générations*