

I – L'Enfant

NOM : _____ PRENOM : _____
 Date de Naissance : _____
 Restaurant Scolaire : occasionnel _____ Etudes et Garderies : occasionnel _____
 ou abonnement _____ ou régulier _____

ACCUEILS PERISCOLAIRES			ETUDES	RESTAURANT	CANTINE
MATIN	SOIR		SOIR	SCOLAIRE	FAMILIALE
7h15-8h30	16h20-17h45	17h45-18h30	16h30-17h45	Enfants à partir de 4 ans	Enfants de moins de 4 ans
L M J V	L M J V	L M J V	L M J V	L M J V	L M J V

* entourer les jours correspondant à votre besoin

II – Renseignements Médicaux

Date du DTP : _____ Date du BCG : _____
 Indiquez ici les autres difficultés de santé ou allergie en joignant une attestation du médecin traitant précisant leurs natures :

III – Parents

Nom et Prénom du parent allocataire :

N° de Sécu : _____ N° de Caf : _____

Nom et Prénom du Conjoint :

Adresse :

Tel Dom. : _____ Tel portable : _____
 Mail : _____
 Employeur du Père : _____ Tel : _____
 Employeur de la Mère : _____ Tel : _____

IV – Tarifs

La Mairie de St Genis applique le principe de la tarification en fonction du quotient familial et s'appuie pour cela sur un outil mis à disposition des professionnels par la Caisse d'Allocations Familiales de Lyon, CafPro. Ainsi nous avons la possibilité de récupérer directement en ligne votre quotient familial ce qui évite la constitution de dossiers papier et rend notre fonctionnement plus économique, plus écologique et plus rapide. Si vous pensez pouvoir bénéficier d'une tarification adaptée merci de vous assurer que vous avez complété l'ensemble des champs de ce document, nos services appliqueront automatiquement le tarif auquel vous avez droit. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, vous ne pourrez prétendre à un tarif réduit. Les familles ne possédant pas de numéro d'allocataire sont priées de nous consulter.

V – Autorisations

Je soussigné(e) , père, mère, tuteur, de l'enfant concerné par la présente, autorise les responsables des accueils périscolaires à prendre toutes les mesures d'urgence nécessitées par l'état de santé de mon enfant selon prescription du corps médical.

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Mon enfant est autorisé à partir seul : OUI NON

Personnes autorisées à venir chercher mes enfants :

DATE ET SIGNATURE :

Nous vous invitons à vérifier votre couverture d'assurance en responsabilité civile