



**Année scolaire 2021-2022**

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
Commune de Coucy Les Eppes**

Accueil périscolaire\*     Restauration scolaire\*     Mercredis Récréatifs \*

Déclaration des responsables légaux (à compléter une fiche par enfant et à remettre au régisseur à la première demande d'inscription aux services proposés par la commune)

Je soussigné (e)

Madame \_\_\_\_\_ Monsieur \_\_\_\_\_

N° allocataire (obligatoire) : \_\_\_\_\_

demeurant au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

demande l'inscription de mon enfant ci-dessous désigné :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

scolarisé en classe de \_\_\_\_\_

déclare :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter sans restriction.
- Autorise le personnel encadrant de l'accueil périscolaire, de la restauration scolaire et des mercredis récréatifs à prendre toutes les dispositions nécessaires destinées à assister l'enfant en situation de danger, et à le diriger, selon l'urgence, chez son médecin traitant ou vers le service des urgences.

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant: \_\_\_\_\_

désigne ci-dessous les personnes à prévenir en cas de nécessité (seules ces personnes seront habilitées à venir chercher mon enfant)

Nom	Prénom	Qualité	Adresse	N° téléphone

Les personnes désignées ci-dessus ainsi que les parents s'engagent à prévenir le responsable de l'encadrement en cas de retard de leur part. En cas de nécessité de sortie exceptionnelle de l'enfant durant ce temps, une demande devra être formulée par écrit, signée par les parents et adressée au responsable de l'encadrement.



## Année scolaire 2021-2022

\*Mon enfant (nom, prénom)\_\_\_\_\_ a un suivi médical (un certificat du médecin sera exigé mais aucun médicament ne peut être administré pendant le temps de l'accueil périscolaire – restauration scolaire- Mercredis récréatifs)

\*J'autorise, mon enfant (nom,prénom)\_\_\_\_\_ à repartir seul à la fin de l'accueil périscolaire ou des mercredis récréatifs.

\*J'accepte que l'équipe d'animation filme ou photographie mon enfant (nom, prénom)\_\_\_\_\_ au cours des activités et diffuse les photographies et films (info Coucy, projet vidéo diffusé à la salle communale, livret souvenir, diaporama souvenir.....)

\*J'accepte que la Mairie de Coucy les Eppes consulte mon dossier auprès de la CAF pour le quotient familial. En cas de refus, le tarif plein sera appliqué.

Informations qu'il vous semble importantes de partager pour assurer une meilleure prise en charge de votre enfant :

Tout changement de situation ou de renseignement ci-dessus devra être signalé au responsable de l'encadrement par écrit et dans les meilleurs délais. Les informations modificatives communiquées verbalement ne seront pas considérées.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature(s) du (des) responsables légaux

Les personnes habilitées à obtenir ces renseignements s'engagent à respecter le secret professionnel de rigueur.

\*Merci de cocher les cases