

Nom(s) et prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance : Sexe :

Lieu de Naissance :

Ecole : Classe **2024-2025**

Adresse domicile :

.....

Téléphone domicile :

Régime alimentaire particulier : sans porc sans viande PAI (prendre RDV)

SITUATION ACTUELLE DES PARENTS :

Mariés PACS Divorcés Séparés Vie maritale Autres :

En cas de divorce et litiges familiaux : Quel parent à la garde de l'enfant ? Parent 1 Parent 2
[Si garde exclusive fournir une photocopie du jugement](#)

Parent 1 NOM :

Prénom :

Né le : à

Téléphone portable :

Mail (en majuscule) :

Nom employeur :

Adresse si différente de l'enfant :

Adresse employeur :

Téléphone employeur :

Parent 2 NOM :

Prénom :

Né le : à

Téléphone portable :

Mail (en majuscule) :

Adresse si différente de l'enfant :

Nom employeur :

Adresse employeur :

Téléphone employeur :

Autres enfants :

1) né(e) le 2) né(e) le

3) né(e) le 4) né(e) le

AUTORISATION DE CONSULTATION DES RESSOURCES

Je soussigné(e), M

Parent(s) de l'enfant :

Autorise

N'autorise pas

La consultation des ressources de la famille sur le site internet de la CAF « CAFPRO », de la MSA ou autre régime, par la Communauté de Communes de Pompey et la commune de Custines.

[A défaut, merci de fournir l'avis d'imposition N-1 du foyer.](#)

REGIME ALLOCATAIRE

Caisse d'Allocations Familiales :N° Allocataire C.N.A.F :

Autre régime (MSA) n° de sécurité sociale :

[Fournir une photocopie du justificatif](#)

Bénéficiez-vous des Aides aux vacances CAF?

[Si Oui fournir une photocopie du justificatif](#)

ASSURANCES

- Nom de l'assureur :
- Adresse :
- N° de contrat :

[Fournir une attestation sur l'honneur.](#)

Formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles

La Mairie de Custines et la Communauté de communes du Bassin de Pompey collectent et traitent vos données personnelles au sein du logiciel Domino Web. Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e).....

Responsable légal de/des enfant(s).....

Accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

N'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants*

Veuillez cocher la case correspondante si vous acceptez / n'acceptez pas le traitement de vos données.

*En cas de refus, veuillez-vous adresser à la Mairie de Custines et à la Communauté de communes du Bassin de Pompey.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante : **Mairie de Custines 4 rue de l'hôtel de ville 54670 Custines** et **Direction de la Cohésion Territoriale du Bassin de Pompey Rue des 4 éléments 54340 Pompey**.

Fait à, le

Signature des parents ou représentants légaux

ACCEPTATION DES REGLES DE FONCTIONNEMENT

Attention : Les objets connectés (montre, téléphone, clé...) ne sont pas acceptés au sein des services péri et extrascolaire.

Madame et Monsieur (NOM, Prénom des parents ou représentants légaux) :

.....
.....

Pour l'enfant ou les enfants :

NOM.....

Prénom.....

NOM.....

Prénom.....

NOM.....

Prénom.....

Déclarent avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement et les acceptent.

Fait à, le

Signature des parents ou représentants légaux :

MODE DE FACTURATION

A quel nom doit-on adresser la facture :

Adresse :

Parent 1

Parent 2

Représentant légal

Mode de paiement :

Paiement : *Cité administrative 45 rue Ste Catherine 54035 NANCY– BP 40023 54035 NANCY Cedex*

- Prelevement automatique.
- Paiement par chèque à l'ordre du « Trésor Public » veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.
- Par règlement en numéraire ou tickets CESU à la caisse du comptable chargé du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.

Fait à, le

Signature des parents ou représentants légaux

Nom(s) et prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance : Sexe :

Lieu de Naissance :

Ecole : Classe :

Adresse domicile:

.....

Téléphone domicile :

Régime alimentaire particulier :

sans porc sans viande PAI (prendre RDV)

SITUATION ACTUELLE DES PARENTS :

Mariés PACS Divorcés Séparés Vie maritale Autres :

En cas de divorce et litiges familiaux : Quel parent à la garde de l'enfant ? Mère Père

Parent 1 NOM :

Prénom :

Téléphone portable :

Mail :

Parent 2 NOM :

Prénom :

Téléphone portable :

Mail :

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), M

Parent(s) de l'enfant :

Autorise

N'autorise pas

La diffusion publique, par la Communauté de Communes de Pompey, la commune de Custines et la Ligue de l'enseignement des photographies et films contenant des images de mon enfant.

Signature des parents ou représentants légaux :

FICHE SANITAIRE

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS

Je m'engage, lors de l'inscription, à signaler les vaccinations effectuées en cours d'année. Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contrat indication.

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? (PAI obligatoire)

Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui lequel ? (joindre une copie de l'ordonnance) :

Votre enfant as-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, encoprésie primaire) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant :

a acquis la propreté est en cours d'acquisition de la propreté

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes des lentilles des prothèses auditives des prothèses dentaires

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

EN CAS D'URGENCE

Qui contacter en cas d'urgence ?

Mr ou Mme

Téléphone :

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)

Toute allergie signalée doit-être confirmée par un certificat médical signé d'un allergologue avec recommandations et précautions à prendre.

En cas de fièvre ou de maladie contagieuse (conjonctivite, gastro-entérite...) les enfants ne pourront être accueillis au centre.

Couverture médicale et sociale :

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable légal de l'enfant :

Numéro d'assuré.....

Intitulé et adresse de la mutuelle :

L'enfant est-il adhérent à la MAE en formule extrascolaire ? Oui / Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro de contrat.....

Fait à, le

Signature des parents ou représentants légaux :

QUI PEUT REPRENDRE MON ENFANT ?

Je soussigné(e), M

autorise le(s) personne(s) majeure(s), dénommée(s) ci-après à reprendre mon enfant

(NOM, Prénom)

NOM - PRENOM	LIEN AVEC MON ENFANT	TELEPHONE

AUTORISATION DE MAQUILLAGE

Je soussigné(e), M

Autorise

N'autorise pas

L'équipe pédagogique à maquiller mon enfant :.....à l'occasion d'événement ponctuel.

AUTORISATION : PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), M.....atteste que **mon enfant**.....peut pratiquer des activités sportives (aucune contre-indication médicale).

Fait à, le

Signature des parents ou représentants légaux :