





COMMUNE DE GIÈRES - SERVICE SCOLAIRE-PERISCOLAIRE
FICHE D'INSCRIPTION MATERNELLES ET ELEMENTAIRES
ANNÉE 2020-2021
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

	1er Enfant	2ème Enfant	3ème Enfant
NOM et PRENOM
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Date de Naissance/...../...../...../...../...../.....
Classe	Maternelle Argoud Puy <input type="checkbox"/> Maternelle René Cassin <input type="checkbox"/> Élémentaire René Cassin <input type="checkbox"/>	Maternelle Argoud Puy <input type="checkbox"/> Maternelle René Cassin <input type="checkbox"/> Élémentaire René Cassin <input type="checkbox"/>	Maternelle Argoud Puy <input type="checkbox"/> Maternelle René Cassin <input type="checkbox"/> Élémentaire René Cassin <input type="checkbox"/>

RESTAURANT <i>(entourer les jours souhaités)</i>	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel Repas standard <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel Repas standard <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel Repas standard <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) <input type="checkbox"/>
A partir du			
ACCUEIL DU MATIN <i>(entourer les jours souhaités)</i>	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel
A partir du			
MOYEN ACCUEIL 16H30 à 17h30 (à l'école) <i>(entourer les jours souhaités)</i>	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel
A partir du			
GRAND ACCUEIL 16H30 / 18h30 (au Clos d'Espiès) <i>(entourer les jours souhaités)</i>	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier L M J V <input type="checkbox"/> occasionnel
A partir du			
NAVETTE ARGOUD-PUY <i>(entourer les jours souhaités)</i>	<input type="checkbox"/> régulier Aller L Mar J V Retour L Mar J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier Aller L Mar J V Retour L Mar J V <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> régulier Aller L Mar J V Retour L Mar J V <input type="checkbox"/> occasionnel
A partir du			

	PERE	MERE	AUTORITE PARENTALE
NOM Prénom	
Situation de Famille (en cas de divorce, joindre obligatoirement le jugement)	Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Adresse électronique@.....	Mariée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Adresse électronique@.....	Quel parent a la garde de l'enfant ? <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère Garde conjointe <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> A qui doit-on adresser la facture ? <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Adresse conjointe <input type="checkbox"/>
Profession	
Adresse	
Nom et adresse employeur	
 Domicile	
 Portable	
Professionnel	
QUOTIENT FAMILIAL :	N° D'ALLOCATAIRE C.A.F :

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT (datées de moins de 3 mois)

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident pour l'année **2020-2021**
- Autorisation(s) de soins d'urgence (**attention : une autorisation à remettre par enfant**)
- Photocopies des pages du carnet de vaccination (l'enfant doit être à jour de ses vaccins)
- Attestation quotient CAF de **janvier 2020** et attestation des prestations familiales perçues
- Si non allocataire de la CAF**, copie complète du dernier avis d'imposition (avis d'imposition 2019, sur les revenus 2018) du foyer
- Si paiement par prélèvement** : autorisation de prélèvement bancaire remplie + I.B.A.N.

ATTENTION : l'inscription ne sera pas prise en compte si :

- La fiche n'est pas complètement renseignée et signée.
- Les impayés des années précédentes ne sont pas régularisés.
- Le dossier n'est pas complet.

Tout changement de situation (familiale, adresse, employeur, quotient CAF) **doit être signalé par la famille au service périscolaire.**

IMPORTANT : Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription ci-dessus ainsi que du règlement du service scolaire-périscolaire.

Gières, le :

Signatures des parents :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Personne(s) à contacter en cas d'absence des parents et/ou autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone(s)	Lien avec l'enfant

Informations importantes concernant l'enfant (médicales ou autres...)

Je certifie les informations fournies sur la fiche,

Fait à Gières, le

Signatures des parents,

COMMUNE DE GIÈRES - FICHE D'INSCRIPTION 2020 - 2021

SERVICE SCOLAIRE-PERISCOLAIRE

AUTORISATIONS ET PIÈCES A FOURNIR

Je soussigné(e) **M. / Mme**.....
 autorise le service périscolaire De la commune de Gières :



à prendre en charge mon/(mes) enfants(s).....

dans un souci de sécurité et/ou en cas de doute sur l'inscription au service périscolaire (repas de midi ou accueil du soir),

Cette prise en charge vous sera facturée deux fois le prix de l'accueil utilisé ce jour en cas de non-inscription.



à filmer ou photographier mon/(mes) enfant(s).....

le cadre des activités périscolaires, sans autres formalités préalables.



à prendre les transports organisés dans le cadre de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire, incluant le bus, les transports en commun du réseau Sémitag et les transports à pied.



- Dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde, j'autorise la commune de Gières à intégrer mes coordonnées téléphoniques dans la base de données du système de téléalerte destiné à prévenir la population en cas de risque majeur.

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE POUR LES ELEMENTAIRES



J'autorise mon/(mes) enfant(s) (*Nom(s), Prénom(s)*) :

A quitter seul(s) le petit accueil après 17h30 :

* Période

* jours de la semaine

Tous les jours de la semaine

les lundis

les mardis

les jeudis

les vendredis

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Toute l'année

Oui Non

Ou mentionner la ou les périodes concernée(s)

Duauet

Duauet

Duauet

Duauet

A quitter seul(s) le petit accueil après 17h30 :

* Période

* jours de la semaine

Tous les jours de la semaine

les lundis

les mardis

les jeudis

les vendredis

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Toute l'année

Oui Non

Ou mentionner la ou les périodes concernée(s)

Duauet

Duauet

Duauet

Duauet

COMMUNE DE GIÈRES - FICHE D'INSCRIPTION 2020 - 2021
SERVICE SCOLAIRE-PERISCOLAIRE
AUTORISATIONS - SOINS D'URGENCES

Je soussigné(e) **NOM Prénom**.....,
responsable légal de l'enfant (*Nom, Prénom*).....

→ **Autorise** les responsables de l'accueil périscolaire (animateurs, personnel communal)

○ **À faire soigner l'enfant :**

NOM : **Prénom**

○ **À faire pratiquer toute intervention d'urgence**, pouvant s'imposer pour sa sauvegarde ;

○ **À permettre aux responsables de ramener l'enfant** à l'accueil périscolaire ou au restaurant, après avis favorable du corps médical.

Si l'hospitalisation est nécessaire, elle se fera à la clinique ou au centre hospitalier décidé par les secours médicaux.

Le médecin traitant à contacter est le Docteur.....

Adresse :

Téléphone :

→ **Certifie être titulaire du contrat d'assurance de Responsabilité Civile Chef de famille**

N° de police :

Souscrit auprès de la compagnie d'Assurance.....

Adresse

Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Téléphone de la mère de l'enfant :

Téléphone du père de l'enfant :

Téléphone des responsables légaux :

Gières, le

Signatures des parents

**Prière de remettre la partie supérieure de cet imprimé rempli au service Restauration
(cf. adresse ci-dessous) en y joignant obligatoirement un I.B.A.N. récent.
La partie inférieure (« Autorisation de prélèvement ») sera à remettre par vos soins à votre banque**

**COMMUNE DE GIERES
DEMANDE DE PRELEVEMENT SUR COMPTE BANCAIRE OU POSTAL**

Désignation de l'organisme créancier	Désignation du titulaire du compte à débiter
Commune de Gières Service Restauration Scolaire 15 rue Victor Hugo 38 610 Gières	Nom : Prénom :

Désignation de l'établissement teneur du compte Trésorerie de Saint Martin d'Hères Service des Régies 6 rue du Docteur Fayollat 38401 Saint Martin d'Hères	Adresse : Code postal : Ville :
--	---

Je vous prie de bien vouloir débiter, après notification, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte ci-dessous pour les sommes dont je vous serai redevable au titre des factures des activités périscolaires.

Désignation du compte à débiter :

N°	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
	Banque	Guichet	Compte	RIB

A le Signature du contribuable :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT A REMETTRE PAR VOS SOINS A VOTRE BANQUE

N° National Emetteur

5	9	4	3	5	4
---	---	---	---	---	---

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter
.....
.....
.....

Nom et adresse de l'établissement bancaire ou postal
.....
.....

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte du montant des factures des activités périscolaires dues à la Commune de Gières. :

N°	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
	Banque	Guichet	Compte	RIB

Commune de Gières - Service Restauration Scolaire
15 rue Victor Hugo - 38 610 Gières

Désignation de l'Organisme créancier

AleSignature du titulaire du compte à débiter :

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le service de Gières.