

# S.I.R.P.L.A.C.E.S

153 route de L'Aubarit  
33760 PORTE-DE-BENAUZE  
09.82.12.20.28

## DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION ANNÉE 20 .. – 20 ..

### SERVICES PÉRISCOLAIRES et RESTAURATION

DOSSIER À DÉPOSER AU S.I.R.P.L.A.C.E.S ou PAR MAIL « [sirplaces@orange.fr](mailto:sirplaces@orange.fr) »

- Garderie
- Restauration

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM DE L'ENFANT : .....

CLASSE : .....

#### DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- Attestation de la carte vitale
- Attestation d'assurance scolaire, extrascolaire ou responsabilité civile
- Justificatif du régime allocataire CAF ou MSA
- RIB si choix de prélèvement automatique

**Tout dossier incomplet sera retourné**

# RESPONSABLES LÉGAUX

**ÉCRIRE EN LETTRE CAPITALE, MÊME POUR L'ADRESSE MAIL.**

**Premier représentant légal (parent  – tuteur )**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Téléphone domicile : ..... Portable : .....  
Téléphone Professionnel : .....  
Courriel : .....  
Adresse : .....  
.....  
Profession : .....  
Nom et adresse employeur : .....  
.....

**Deuxième représentant légal (parent  – tuteur )**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Téléphone domicile : ..... Portable : .....  
Téléphone Professionnel : .....  
Courriel : .....  
Adresse : .....  
.....  
Profession : .....  
Nom et adresse employeur : .....  
.....

N° de Sécurité Sociale du Parent couvrant l'enfant : .....  
Adresse de la Caisse : .....

Régime Allocataire : CAF  MSA  AUTRES   
N°Allocataire CAF: ..... Matricule MSA : .....

Nom assurance scolaire, extra-scolaire : .....  
N° de contrat : .....

**Situation familiale**

Résidence principale de l'enfant :

Domicile des parents  Domicile de la mère  Domicile du père  Autre (Préciser)

Autorité parentale conjointe Oui  Non

Si non, joindre la photocopie du jugement

## ENFANT

Nom : .....  
Prénom(s) : .....  
Garçon  Fille   
Date de naissance : .....  
Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....

## AUTORISATIONS

► Je soussigné (e), .....,  
responsable légal de l'enfant....., autorise le responsable de la  
structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, à savoir :

- Transport en ambulance
- Hospitalisation
- Soins nécessitant un médecin.

**En cas d'examen par un médecin, la consultation reste à la charge de la famille, qui aura, par la suite, la possibilité de se faire rembourser par la sécurité sociale**

NOM, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant.....  
.....  
.....  
.....

### ► Personnes à prévenir en cas d'urgence en dehors des responsables légaux

1 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

2 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

3 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

4 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

► **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur la structure en dehors des responsables légaux**

1 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

2 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

3 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

4 - NOM, PRÉNOM, .....  
Tel : .....  
Lien de parenté : .....

► **Une pièces d'identité pourra être demandée.**

► **J'autorise mon enfant à sortir seul de la structure**       oui    non

---

## INSCRIPTION AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES

Enfant

NOM : .....

Prénom : .....

		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
RESTAURATION		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel
ACCUEIL PERISCOLAIRE	Matin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel
	Soir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel
RAMASSAGE SCOLAIRE		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnel			

## FACTURATION DES SERVICES

Je souhaite que les factures de la restauration et/ou de la garderie soient effectuées par mail :      Oui  Non

J'autorise le SIRPLACES à transmettre mon adresse mail à l'association des parents d'élèves « Les Lilliputiens » afin de recevoir toutes les informations concernant leurs évènements :    Oui  Non

► LES FACTURES SERONT À ADRESSER :

Au premier représentant légal

Au deuxième représentant légal

Si l'enfant est en garde alternée et qu'il est souhaité une facturation séparée, chacun des deux parents devra remplir un dossier d'inscription pour l'enfant afin de pouvoir lui délivrer deux badges qu'il utilisera selon la semaine de garde.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Je m'engage à signaler tout changement de situation, de numéro de téléphone, d'autorisation... au secrétariat du SIRPLACES et au service périscolaire.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la structure (restauration, accueil périscolaire et transport) et m'engage à les respecter.

Fait à ..... Le .....

Signature du (des) représentant(s) légaux :