



A – 1^{ère} inscription famille
(remplir la fiche complète
recto/verso)

B – Réinscription famille
(indiquer les changements intervenus
au recto et remplir le verso)

Débiteur (*) père et mère père mère  Compléter les cadres **1** **2**

autre  Compléter aussi le cadre **3**

Situation familiale célibataire vie maritale PACS marié divorcé/séparé

	PERE	MERE	
1	Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nom de jeune fille		<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse (**)		
	Rue	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Code postal / Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Téléphone (**)		
	Fixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Employeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CPAM & CAF			
2	Code gestion CPAM <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Représentant CAF <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
N° Allocataire CAF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autre Débiteur			
3	Nom Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Employeur <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(cadre réservé à la mairie)

Ressources	
Revenu imposable	<input type="text"/>
Nombre de parts	<input type="text"/>
Tranche	<input type="text"/>
Matricule famille	<input type="text"/>
Observations	<input type="text"/>

(*) : personne à laquelle doivent être adressées les factures.

(**) : ne remplir qu'une seule fois si identique.

ANNEE SCOLAIRE 2009 - 2010

NOM et Prénom de l'enfant :
Date de naissance :
ECOLE : CLASSE :

SERVICES PERISCOLAIRES	
ACCUEIL MUNICIPAL	OUI - NON (1)
ETUDE SURVEILLEE	OUI - NON (1)
RESTAURANT SCOLAIRE	OUI - NON (1) LUNDI - MARDI - JEUDI - VENDREDI (2) (menus sans porc : oui - non) (1)
TRANSPORT SCOLAIRE (fournir une photo)	OUI - NON (1) Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> LIGNE N° ... ARRET N° ...

CENTRE D'ANIMATIONS MUNICIPAL – L'ATELIER			
<input type="checkbox"/> 4-5 ans (moyenne section)	<input type="checkbox"/> 5-6 ans (grande section)	<input type="checkbox"/> 6-7 ans (CP)	
<input type="checkbox"/> 8-9 ans (CE1/CE2)	<input type="checkbox"/> 10-11 ans (CM1/CM2)	<input type="checkbox"/> 11-13 ans	<input type="checkbox"/> 14-16 ans
<input type="checkbox"/> L'Atelier 14-17 ans			
Transport le matin	OUI - NON (1)		
	Nom de l'arrêt :		

- (1) Rayer la mention inutile
- (2) Entourer les mentions choisies

1 - J'AUTORISE LA VILLE DE COURNON à utiliser la photographie de mon enfant pour illustrer des articles relatifs au Centre d'Animations Municipal , à l'Atelier ou aux activités périscolaires dans des publications municipales.

2 - J'ATTESTE ETRE ASSURE

(A noter : l'assurance responsabilité civile ne couvre que les dommages que votre enfant causera aux autres. Si votre enfant est victime d'un accident qu'il a provoqué seul, la responsabilité civile ne fonctionne pas. Une assurance individuelle est indispensable. Renseignez-vous auprès de votre école dès la rentrée scolaire).

3 - J'AUTORISE LES PERSONNES SUIVANTES (NOM – PRENOM - TEL.) A VENIR CHERCHER MON ENFANT :

-
-
-
-

Rentre seul (uniquement pour le Centre d' Animations Municipal)

5 - JE DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLEMENTS D'UTILISATION ET DES TARIFS DES DIFFERENTS SERVICES.

Matricule famille <input type="text"/>
Tranche <input type="text"/>

Fait à Cournon, le

Signature du responsable
légal de l'enfant