

**SYNDICAT INTERCOMMUNAL A VOCATION SCOLAIRE DU CANTON DE MONPAZIER****Maire de Monpazier****24 Rue Notre Dame****24540 MONPAZIER****Tél : 05 53 73 69 14****[sivos.monpazier@orange.fr](mailto:sivos.monpazier@orange.fr)**

Horaires d'ouvertures du bureau du SIVOS :

Lundi 14h00 / 17h30 - Mardi 13h/17h - Mercredi 08h/12h00

**FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024****A retourner avant le 30 JUIN 2023**

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date et lieu de Naissance	
CLASSE	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
Diverses Informations :	

**PERSONNES A Contacter**

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

**Informations médicales**

Médecin	Téléphone

**Allergies**


**Pratiques alimentaires**


## INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Si vous désirez inscrire votre enfant à une des activités ci dessous entourez la mention OUI ou NON

### Services :

<b>Cantine scolaire :</b>	OUI	NON
Pour le paiement des cantines de votre enfant souhaitez-vous opter pour le prélèvement	OUI	NON
<small>Si oui, merci de me transmettre un RIB avec cette inscription. sauf si vous étiez déjà prélevé l'an dernier pas de démarches à effectuer</small>		

### **Transports scolaires :**

- Navette École Capdrot et/ou Monpazier	OUI	NON
- Bus scolaire de votre Commune aux Écoles de Capdrot et/ou Monpazier	OUI	NON
Commune de départ :		

**IMPORTANT : Un formulaire doit être complété chaque année quand votre enfant utilise le transport scolaire, accompagné d'une photo d'identité de votre enfant.**

**Merci de bien vouloir vous rapprocher du SIVOS ( 05 53 73 69 14 ou [sivos.monpazier@orange.fr](mailto:sivos.monpazier@orange.fr))**

**Les cartes de transport sont ensuite confiées aux chauffeurs des cars en vue des contrôles effectués par le Conseil Général.**

**L'inscription ne sera effective qu'en fonction des circuits et des places disponibles.**

Nous soussignés (\*) / :

responsables légaux de l'enfant (\*) :

- certifions avoir pris connaissance du règlement de cantine de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement