

Restauration scolaire
Accueils périscolaires matin /soir
Études surveillées- Ateliers découvertes
Accueils de loisirs mercredis-vacances scolaires
École municipale des sports
Salle des jeunes collégiens-lycéens

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

N° de dossier :
 Dossier complet :
 A jour de vaccination :
 QF fourni :
 Assurance RC :

Pièces à fournir :

- Pièces obligatoires : ♦ Une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé mentionnant le nom et prénom de l'enfant.
 ♦ Assurance responsabilité civile
- Selon la situation : ♦ Un RIB pour les prélèvements automatiques (uniquement en cas de nouvelle demande).
 ♦ Attestation du quotient familial Caf du mois en cours au moment de l'inscription. Le cas échéant le tarif le plus élevé sera appliqué (voir règlement intérieur)
 ♦ La copie du jugement en cas d'autorité parentale exclusive

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL DE(S) L'ENFANT(S)

Titulaire de l'autorité parentale 1	
Lien de parenté	Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>
Nom / Prénom
Date et lieu de naissance	Date : Ville : Département : N° :
Adresse	N° : Rue : Complément d'adresse : Code postal : Commune :
Pour les familles n'habitant pas sur la commune	Travaille sur Dardilly : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (joindre un justificatif de l'employeur)
Courriel (obligatoire)@.....
Téléphone	N° personnel : N° professionnel :
Prestations familiales	CAF : <input type="checkbox"/> Régime MSA : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> N° d'allocataire :

Titulaire de l'autorité parentale 2	
Lien de parenté	Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>
Nom / Prénom
Date et lieu de naissance	Date : Ville : Département : N° :
Adresse	N° : Rue : Complément d'adresse : Code postal : Commune :
Pour les familles n'habitant pas sur la commune	Travaille sur Dardilly : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (joindre un justificatif de l'employeur)
Courriel (obligatoire)@.....
Téléphone	N° personnel : N° professionnel :
Prestations familiales	CAF : <input type="checkbox"/> Régime MSA : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> N° d'allocataire :