

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

DOSSIER PERISCOLAIRE

**2021/2022**

# VILLE DE GENAY

Ce document est à retourner, signé et accompagné de la fiche sanitaire, fiche de réservation et les pièces justificatives suivantes :

*Livret de Famille Photocopie du carnet de santé Justificatif de domicile\* Jugement de divorce*

*\*de – 3 mois : bail de location, acte de vente, quittance de loyer, dernier avis d’imposition, facture d’électricité, eau ou gaz avec consommation.*

**Tout dossier incomplet, non signé ou non parvenu dans les délais ne sera pas validé.**

Service : Animation Jeunesse et Sport  Guichet Unique Téléphone : 04 72 08 78 88 - Courriel **:** [guichetunique@villedegenay.com](mailto:guichetunique@villedegenay.com)

Horaires : Lundi, jeudi et vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h Mardi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 19h Samedi de 9h à 11h30

*ENFANTS*

Nom : ……………………………………….

Prénom : ………………………………….

Né(e) le : …………………………………..

A : …………………………………………….

Fille

*J’autorise : Transports*

*Photos*

Garçon

*Films*

*A sortir seul(e)*

Nom : ……………………………………….

Prénom : ………………………………….

Né(e) le : …………………………………..

A : …………………………………………….

Fille

*J’autorise : Transports*

*Photos*

Garçon

*Films*

*A sortir seul(e)*

Nom : ……………………………………….

Prénom : ………………………………….

Né(e) le : …………………………………..

A : …………………………………………….

Fille

*J’autorise : Transports*

*Photos*

Garçon

*Films*

*A sortir seul(e)*

*PARENTS*

**Madame :** …………………………………………………………………………………….

Prénom : ………………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………

Tél domicile : …………………………………………………………….…………………

Portable : ………………………………………………………………………………………

Mail : ……………………………………………………………………………………………..

**Situation** :

Mariée Divorcée Pacsée Vie maritale Célibataire Autre

**PROFESSION**

*En activité Sans emploi*

Profession : …………………………………………..

Employeur : ………………………………………….

Adresse : ………………………………………………

Téléphone : …………………………………………..

**Monsieur** :……………………………………………………………………………………….

Prénom : …………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………

Tél domicile : ………………………………………………………………………………….

Portable : ……………………………………………………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………………………………………

**Situation** :

Marié Divorcé Pacsé Vie maritale Célibataire Autre

**PROFESSION**

*En activité Sans emploi*

Profession : …………………………………………..

Employeur : ………………………………………….

Adresse : ………………………………………………

Téléphone : …………………………………………..

*PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L’ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D’URGENCE*

*A prendre en charge*

*Madame*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Monsieur*

*Nom :…………………………….. Prénom : ………………………..…*

*Tél fixe : ……………………….. Portable :……………………………*

*Lien avec l’enfant :*

*………………………………………………………………………………………..*

*A prendre en charge A prévenir en cas d’urgence*

*Madame Monsieur*

*Nom :…………………………….Prénom : …………………....…………..*

*Tél fixe : ………………………..Portable :…………………….…………..*

*Lien avec l’enfant :*

*……………………………………………………………………………………………*

*A prendre en charge*

*Madame*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Monsieur*

*Nom :…………………………….. Prénom : …………………………..*

*Tél fixe : ……………………….. Portable :……………………………*

*Lien avec l’enfant :*

*……………………………………………………………………………………….*

*A prendre en charge*

*Madame*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Monsieur*

*Nom :…………………………….. Prénom : …………………………..*

*Tél fixe : ……………………….. Portable :……………………………*

*Lien avec l’enfant :*

*……………………………………………………………………………………….*

*REGIME ALLOCATAIRE*

Nom et prénom de l’allocataire : ……………………………………………………….Numéro allocataire : ……………………………………

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou Autre) Sans régime

*FACTURATION*

Prélèvement automatique :

OUI (si oui, contrat existant : Oui

Non)

NON

Désignation du payeur pour la famille (obligatoire) : Nom : ………………………………….Prénom : …………………………………….

Qualité (père, mère, ….) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

*ATTESTATION SUR L’HONNEUR*

Je soussigné(e) Mme, M. Mère, père, tuteur du (des) enfants

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Atteste sur l’honneur, l’exactitude des renseignements fournis et m’engage à prévenir le service Guichet Unique de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale…)

Autorise les responsables de la Mairie à prendre en cas d’urgence les dispositions (de transport, d’hospitalisation ou d’intervention cliniques …) jugées indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le faire transporter à l’hôpital le plus proche.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné au service guichet unique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficier d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Genay.

Signature : Le :