

DOSSIER UNIQUE

INSCRIPTION PERISCOLAIRE / EXTRASCOLAIRE 2022/2023

| FAMILLE : | DOSSIER N°: | Reçu le : |
|--|--|-------------------------------------|
| Ce document est à retourner complété e ju | et signé, accompagné des s stificatives suivantes : | fiches de réservations et des pièce |
| Fiche sanitaire complétée et s | ignée | |
| Livret de famille | | |
| Photocopie du carnet de sante | é pour les vaccination | 98 |
| ☐ Quotient familial (attestation (| CAF) | |
| ☐ Jugement de divorce | | |
| ☐ Justificatif de domicile de − 3 n loyer, dernier avis d'imposition, fa consommation. | | • |
| | TE DU DOSSIER : 29/ | |
| Tout dossier incomplet, non signé | <mark>ou non parvenu dans le</mark> | es délais ne sera pas validé. |
| <u>Service</u> : Animation J | leunesse et Sport 🔿 Gui | chet Unique |
| <u>Télépi</u> | <u>hone :</u> 04 72 08 78 88 | |
| <u>Courriel</u> : <u>quicl</u> | hetunique@villedegenay | <u>y.com</u> |
| | vendredi de 8h30 à 12h 30 à 12h et de 13h30 à : nedi de 9h à 11h30 | |
| OBSERVATIONS (réservé au (| guichet unique) : | |
| | | |

| <i>ENFANTS</i> | | | | |
|---|-------------------------------|------------------|---|--|
| Nom : Prénom : Prénom : | Prénom : Né(e) le : A : | ∃ Fille ☐ Garçon | Nom: | |
| PARENTS | | | | |
| Représentant 1: Mme – M | maritale 🗆 Célibata | ire Autre | PROFESSION ☐ En activité ☐ Sans emploi Profession : | |
| Mail:Situation: Marié Divorcé Pacsé Vie n | | | Employeur : Adresse : Téléphone : | |
| REGIMES PARTICULIERS | | | | |
| Nom de l'enfant : | | | Autres : | |
| Nom de l'enfant : | | | Autres : | |
| Nom de l'enfant : Régimes alimentaires : Sans por PAI : □ OUI □ NON | | Sans régime | Autres : | |

| PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE | L'ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE | | | |
|--|--|--|--|--|
| ☐ A prendre en charge ☐ A prévenir en cas d'urgence ☐ Madame ☐ Monsieur Nom : | ☐ A prendre en charge ☐ A prévenir en cas d'urgence ☐ Madame ☐ Monsieur Nom: | | | |
| ☐ A prendre en charge ☐ A prévenir en cas d'urgence ☐ Madame ☐ Monsieur Nom : | ☐ A prendre en charge ☐ A prévenir en cas d'urgence ☐ Madame ☐ Monsieur Nom : | | | |
| REGIME ALLOCATAIRE | | | | |
| NEOIWE ALI | OCATAINE | | | |
| Nom et prénom de l'allocataire : | | | | |
| <u>ATTESTATION S</u> | <u>UR L'HONNEUR</u> | | | |
| 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. | | | | |
| * | | | | |
| Prélèvement automatique : OUI (si oui, contrat existan Désignation du payeur pour la famille (obligatoire) : Nom : Qualité (père, mère,) : | t : | | | |

Signature : Le :