



4 avenue du Parc St André  
14200 HÉROUVILLE ST CLAIR  
Tél. 02.31.46.80.40 - Fax 02.31.44.79.87  
contact@uncmt.fr - www.uncmt.fr

# DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEILS PERISCOLAIRES 2015-2016

## ACCUEILS PERISCOLAIRES :

- Accueil périscolaire du matin
- Animation temps du midi
- Temps péri-éducatif
- Accueil périscolaire du soir

Conditions d'admission aux accueils périscolaires du matin et/ou du soir : Fournir un justificatif

Emploi  Formation  Autre : .....

## Identité de l'enfant :

Ecole : .....  Maternelle  Primaire Classe : .....

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Sexe :  M  F

Date de naissance ...../...../.....

Age : .....

Adresse : .....

.....

Allergie : ..... PAI (à fournir) :  Oui  Non

Régime alimentaire (sans porc, sans viande ...) : .....

.....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier. La demande d'inscription vaut acceptation intégrale du règlement intérieur de l'accueil périscolaire.

A : ..... Le : .....

Signature des parents :

## **Uniquement pour les accueils périscolaires du matin et/ou du soir**

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT :

Vous optez pour le prélèvement automatique effectué le 15 de chaque mois :  Oui  Non

*Si oui, merci de retirer le dossier d'autorisation de prélèvement avant le 10 septembre 2015 à l'UNCMT.*

**Contact :** UNCMT 4 avenue du Parc St André 14200 Hérouville Saint Clair  
**Tel :** 02 31 46 80 40 **Mail :** [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr) **Site :** [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

## COORDONNEES DU RESPONSABLE LEGAL

Nom et prénom du (des) responsable(s) légal (aux) : .....

Situation familiale : Marié ☞ Vie maritale ☞ Divorcé(e) ☞ Séparé(e) ☞ Veuf(ve) ☞

	Père	Mère	Tuteur
Nom et Prénom			
Adresse :			
Quartier			
☛ fixe et	.....	.....	.....
☛ portable	.....	.....	.....
Adresse mail	.....	.....	.....
Nom et adresse de l'employeur			
☛ professionnel			
N° de sécurité sociale			
N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire)	.....	.....	.....
Quotient Familial CAF			

Carte Vivacité à fournir : Oui ☞ Non ☞ Lettre :..... Date de validité : .....

## PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse

En cas d'urgence médicale si je ne peux être joint à mon domicile ou sur mon lieu de travail :

**J'autorise/je n'autorise pas\*** le responsable de l'accueil à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche, à prendre toutes les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital et/ou la clinique la plus proche, à pratiquer tous les soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésie nécessités par l'état de santé de mon enfant.

**Je m'engage** à rembourser les frais médicaux engagés par l'UNCMT (les justificatifs vous seront fournis en retour).

**J'autorise/je n'autorise pas\*** mon enfant à être photographié, filmé ou enregistré durant les activités périscolaires. Les photographies, films pourront être utilisés pour des expositions, illustrations de plaquettes et autres supports de communication.

\*rayer la mention inutile

### **Crédit d'impôt pour les frais de garde des jeunes enfants hors du domicile**

*Si vous êtes fiscalement domicilié en France, vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses que vous engagez pour la garde de vos enfants à charge âgés de moins de 6 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année des revenus. Une demande nominative est à formuler auprès de l'UNCMT.*