



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 **Site :** 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^{er} janvier de l'année des revenus. Une demande nominative est à formuler auprès de l'UNCMT.