



## MAIRIE DE LES MONTILS – 41120

Téléphone : 02 54 44 41 42

Courriel : [scolaire@mairielesmontils.fr](mailto:scolaire@mairielesmontils.fr) site internet : [www.lesmontils.com](http://www.lesmontils.com)

### **FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENT 2025/2026**

#### **ELEVE (S)**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénoms (s) :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :...**./.../...../ **à :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénoms (s) :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :...**./.../...../ **à :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénoms (s) :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :...**./.../...../ **à :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Commune :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_

#### **RESPONSABLES LEGAUX**

**Mère :** Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence  Autorisée à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

#### **Père :**

Nom : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : ..Oui  ...Non

Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

**REGIME :**  CAF  MSA

**N° allocataire :**

J'autorise  ou je n'autorise pas  la mairie à consulter mes ressources financières via le service mis à disposition de la CAF nommé « CDAP » et à les conserver pour l'application de la tarification dégressive.

Pour rappel, le tarif le plus élevé sera appliqué, en cas d'absence des éléments financiers.

#### **ASSURANCE DE L'ENFANT**

Responsabilité civile : Oui  Non

Individuelle accident : Oui  Non

Compagnie d'assurance :

N° de police :

**Votre enfant bénéficie t-il de l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : Oui  Non**

**AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresse différentes Ne cocher qu'en cas de refus)**

Je ne désire pas communiquer mon adresse postale et courriel aux associations de parents d'élèves.

Mère  ..... Père 

Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités à usage exclusif des services périscolaires (diaporama ; photos ; journal local ; site internet....).

Mère  Père **AUTRES PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE (personne physique ou morale)**NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

<b>INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES</b>	<b>DOCUMENTS A FOURNIR A LA MAIRIE PAR ENFANT</b>
<b>ALP (Accueil de loisirs Périscolaire)</b>	<b>Par internet : obligatoire</b> <b>Adresse portail famille Iloïse : <a href="http://extranet.myiloise.net">extranet.myiloise.net</a></b>
<b>Cantine scolaire</b>	<b>Fiche inscription cantine</b> <b>Oui <input type="checkbox"/></b>
<b>Transport scolaire <input type="checkbox"/></b>	<b>Fiche inscription transport scolaire :</b> <b>Oui <input type="checkbox"/></b>
<b><u>MODALITES DE PAIEMENT :</u></b>	
Le paiement se fait par prélèvement automatique	<b>Autorisation de Prélèvement SEPA et RIB</b> <b>(par parent en cas de garde alternée).</b> <b>Oui <input type="checkbox"/></b>

**Nous soussignons, M****père, Mme****mère,**

- Attestons avoir lu le règlement intérieur des services périscolaires
- Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les informations mentionnées sur cette fiche.

**Date et signature obligatoire du ou des parents****Le,**Vous disposez d'un droit accès aux données vous concernant et pouvez en obtenir la rectification en contactant le service scolaire : [scolaire@mairielesmontils.fr](mailto:scolaire@mairielesmontils.fr)