



MAIRIE DE LES MONTILS – 41120

Téléphone : 02 54 44 41 42

Courriel : scolaire@mairielesmontils.fr site internet : www.lesmontils.com

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENT 2026/2027

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'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

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

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