

**S.I.B.E.P.O.V.I**

Syndicat Intercommunal de  
Berthecourt-Ponchon  
Villers Saint Sépulcre  
Heilles et Mouchy-le-chatel

**Année 2021 -2022****NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :**

Date de naissance : ..... Ecole de : ..... Classe : .....

Adresse : .....

**FICHE D'INSCRIPTION A LA CANTINE et/ou PERISCOLAIRE/ALSH**

Adresse complète des parents :

N° de téléphone du domicile :

Mail des parents :

**Représentant légal 1**

Nom, prénom :  
Nom de l'employeur :  
Adresse de l'employeur :  
N° de téléphone :  
N° de portable :

**Représentant légal 2**

Nom, prénom :  
Nom de l'employeur :  
Adresse employeur :  
N° de téléphone :  
N° de portable :

Numéros de téléphone des parents ou de la personne responsable de l'enfant à joindre en cas de besoin. Par priorité, indiquer le nom et le numéro de téléphone :

1 : .....

2 : .....

**Personnes habilitées à reprendre l'enfant (Nom et Tél) :** .....

Allocations familiales :

Caisse d'appartenance : CAF  MSA  Autre .....

N° de matricule : .....

Votre enfant bénéficie t-il d'un repas adapté : OUI  NON SANS PORC  AUTRE .....**Tournez SVP**

SANTE, indications spécifiques à la santé de l'enfant

Votre enfant est-il titulaire d'un Plan d'Accueil Individualisé comportant une allergie alimentaire ?

OUI  NON

Type d'allergie : .....

AUTORISATIONS

**En cas d'accident** survenu durant l'accueil à la cantine ou durant la pause méridienne, au périscolaire ou à l'ALSH.

Autorise –  N'autorise pas – les agents responsables du service d'accueil à diriger l'enfant vers le centre hospitalier de Beauvais

J'accepte que le SIBEPOVI collecte, enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce formulaire ou dans les documents remis. Je prends note que le traitement de mes données répond à la gestion des activités de restauration scolaire, de périscolaire et de l'accueil de loisirs durant toute sa scolarité (Communication, Statistiques).

ATTESTATION

Je soussigné ..... (Père et Mère, Autre personne) atteste avoir pris connaissance des conditions fixées au règlement du SIBEPOVI

Lu et approuvé

Date

Signature des deux parents

ASSURANCE

Je soussigné ..... (Père et Mère, Autre personne)

Atteste posséder une assurance individuelle suffisante pour mon enfant inscrit au SIBEPOVI.

Compagnie d'assurance ..... N°.....

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Dans le cadre de l'ALSH ou de sorties, nous pouvons être amenés à photographier votre enfant.

Je soussigné .....(Père et Mère, Autre personne)

Autorise – N'autorise pas – les agents responsables du service d'accueil à photographier mon enfant et à diffuser au besoin sur le site internet du SIBEPOVI et dans les bulletins municipaux.

Date

Signature des deux parents