

Votre enfant est allergique : OUI NON

Si oui précisez :

.....

En cas d'allergie, merci de fournir le Protocole d'Accueil Individualisé.

Autres remarques concernant la santé de votre enfant :

.....

.....

Pièce à fournir :

- Justificatif du quotient familial

Rappel : En cas de maladie, prévenir la Mairie le jour même et fournir au plus tôt un certificat médical

En absence de tout justificatif, le tarif maximum sera appliqué.

RAPPEL

Un enfant ne peut être accueilli sans avoir été préalablement inscrit (sauf accord pour une urgence).

Je soussigné(e).....

Responsable de(s) l'enfant(s).....

Reconnais avoir pris connaissance du règlement annexé et en accepter les clauses.

Date :

Signature

DOSSIER D'INSCRIPTION

RESTAURATION SCOLAIRE

GARDERIE PERISCOLAIRE

Année scolaire 2019-2020

Nom et prénom de l'enfant :

Enfant 1 **Ecole**

Enfant 2 **Ecole**

Enfant 3 **Ecole**

	Responsable 1	Responsable 2
Nom		
Prénom		
Adresse domicile		
Tél fixe		
Tél portable		
Adresse mail		
Profession		
Nom et adresse employeur		
N° de téléphone		

Composition de la famille

Marié(e) Célibataire Union libre PACS Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

N° allocataire CAF :

Nom et n° du contrat d'assurance responsabilité civile :

Nombre d'enfants à charge au foyer :

En cas de séparation, divorce, parent ayant la garde :

Garde alternée : Semaine Paire Semaine impaire
 lundi mardi jeudi vendredi

Autres remarques concernant la garde alternée de votre enfant :

.....

Les repas de mon enfant sont à facturer au nom et à l'adresse suivante :

.....
.....

Les heures de garderies de mon enfant sont à facturer au nom et à l'adresse suivante :

.....
.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant 1

ECOLE FREQUENTEE : CLASSE :

Nom et Prénom : Date de naissance

inscription à l'année lundi mardi jeudi vendredi

inscription occasionnelle (**Permanence en Mairie de 08 H 20 à 09 H 00 Tél 04 75 08 09 79**)

Enfant 2

ECOLE FREQUENTEE : CLASSE :

Nom et Prénom : Date de naissance

inscription à l'année lundi mardi jeudi vendredi

inscription occasionnelle (**Permanence en Mairie de 08 H 20 à 09 H 00 Tél 04 75 08 09 79**)

Enfant 3

ECOLE FREQUENTEE : CLASSE :

Nom et Prénom : Date de naissance

inscription à l'année lundi mardi jeudi vendredi

inscription occasionnelle (**Permanence en Mairie de 08 H 20 à 09 H 00 Tél 04 75 08 09 79**)

Nom et n° de téléphone des personnes à joindre en cas d'accident :

1.
2.
3.

Nom, prénom, téléphone de la (ou des) personne(s) prenant en charge le(s) enfant(s) le soir :

1.
2.
3.

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

En cas d'accident autorisation d'appeler le SAMU : OUI NON

