



INSCRIPTIONS ⁽¹⁾

Services Périscolaires 2017-2018

Niveau de classe à venir :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : Fille Garçon

Prénom de l'enfant :

Date de naissance : .. / .. /

Adresse :

.....

Adresse électronique :

.....

PRESTATIONS SOUHAITEES POUR L'ENFANT

- Restauration Scolaire ⁽²⁾ : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Accueil périscolaire ^(2, 3)

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Après midi	Matin	Après midi	Matin		Matin	Après midi	Matin	Après midi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Transport Scolaire : non oui Nom de l'arrêt :

(1) Dans le cas où un (des) enfant (s) est/sont déjà scolarisé (s), la famille doit être à jour du règlement des factures périscolaires.

(2) Renseignez très précisément les jours d'inscription, ils serviront de base à la facturation.

(3) Réserve exclusivement pour les enfants dont **les deux parents travaillent**, les attestations d'employeur ci jointes à faire remplir sont indispensables pour valider l'inscription.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES

Nom et Prénom du responsable légal et débiteur : Père Mère Tuteur

.....

Date de naissance du responsable légal 1 :

Portable : Fixe :

E.Mail : Tel prof :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

Nom et Prénom du deuxième responsable légal (et adresse si différente de l'enfant) : Père Mère Tuteur

.....
.....

Date de naissance du responsable légal 2 :

Portable : Fixe :

E.Mail : Tel prof :

Nom et adresse de l'employeur :

.....
.....

Situation familiale : Marié(e) Vie Maritale Célibataire Séparé (e) Veuf(ve)

Dans le cas de séparation des parents, préciser si garde alternée oui non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Numéro de CAF ou de MSA

Quotient familial (fournir l'attestation CAF ou dernière déclaration d'impôts)

Assurance (Fournir une attestation):

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

En cas d'accident ou de malaise grave, le SAMU au 15 sera immédiatement contacté et organisera les secours.

Problème médical à signaler ou PAI : OUI - NON

.....
.

Nom et prénom des frères et sœurs dans l'école :

1

2

3

4

AUTORISATIONS

Personnes MAJEURES à prévenir en cas d'urgence (Indiquer le lien de parenté) :

1.....

TEL :

2.....

TEL :

3.....

TEL :

Personnes MAJEURES autorisées à récupérer l'enfant (Indiquer le lien de parenté) :

1.....

TEL :.....

2.....

TEL :.....

3.....

TEL :.....

Je soussigné(e) déclare être responsable légal de l'enfant et certifie exact les renseignements portés sur le présent dossier.

Je m'engage à assumer les fonctions de payeur des prestations fréquentées à réception des factures. Dans le cas de garde alternée, l'engagement du payeur vaut pour toute la scolarité de l'enfant.

Laruscade le

Signatures des parents ou tuteur :