

FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES :

➤ RESTAURATION SCOLAIRE ➤ A.P.E. A L'ÉCOLE MATERNELLE

ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

A RETOURNER A LA MAIRIE AU PLUS TARD LE MERCREDI 24 MAI 2017

INFORMATIONS SUR LE FOYER

1^{er} représentant légal Père Mère Tuteur Titulaire de l'autorité parentale : oui non

Mr Mme Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

Courriel :@

2^{ème} représentant légal Père Mère Tuteur Titulaire de l'autorité parentale : oui non

Mr Mme Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

Courriel :@

En cas de séparation des parents, fournir toute pièce justificative du droit de garde exclusif.

INFORMATIONS SUR LES ENFANTS DE LA FAMILLE SCOLARISÉS A LA VILLE-AUX-DAMES

1^{er} enfant Nom et Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence :

Etablissement scolaire fréquenté 2017/2018 : École Maternelle École Élémentaire Classe :

Votre enfant est-il en P.A.I. (allergie, asthme,) : Non Oui (joindre un certificat médical)

Exclusion de certains types d'aliments en raison de restrictions alimentaires non liées à un P.A.I. :

2^{ème} enfant Nom et Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence :

Etablissement scolaire fréquenté 2017/2018 : École Maternelle École Élémentaire Classe :

Votre enfant est-il en P.A.I. (allergie, asthme,) : Non Oui (joindre un certificat médical)

Exclusion de certains types d'aliments en raison de restrictions alimentaires non liées à un P.A.I. :

3^{ème} enfant Nom et Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence :

Etablissement scolaire fréquenté 2017/2018 : École Maternelle École Élémentaire Classe :

Votre enfant est-il en P.A.I. (allergie, asthme,) : Non Oui (joindre un certificat médical)

Exclusion de certains types d'aliments en raison de restrictions alimentaires non liées à un P.A.I. :

Quel(s) service(s) votre(s) enfant(s) utilisera-t-il (utiliseront-ils) à la rentrée de septembre 2017 ?

Cocher et compléter les rubriques correspondantes à votre choix

RESTAURATION SCOLAIRE

Nom et Prénom de l'enfant	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.P.E. ÉCOLE MATERNELLE (15h à 16h30 les mardis et vendredis)

Nom et Prénom de l'enfant	Mardi	Vendredi
	A la fin des A.P.E., <input type="checkbox"/> je viendrai le chercher <input type="checkbox"/> ira à l'ALSH <input type="checkbox"/> prendra le bus	A la fin des A.P.E., <input type="checkbox"/> je viendrai le chercher <input type="checkbox"/> ira à l'ALSH <input type="checkbox"/> prendra le bus
	A la fin des A.P.E., <input type="checkbox"/> je viendrai le chercher <input type="checkbox"/> ira à l'ALSH <input type="checkbox"/> prendra le bus	A la fin des A.P.E., <input type="checkbox"/> je viendrai le chercher <input type="checkbox"/> ira à l'ALSH <input type="checkbox"/> prendra le bus
	A la fin des A.P.E., <input type="checkbox"/> je viendrai le chercher <input type="checkbox"/> ira à l'ALSH <input type="checkbox"/> prendra le bus	A la fin des A.P.E., <input type="checkbox"/> je viendrai le chercher <input type="checkbox"/> ira à l'ALSH <input type="checkbox"/> prendra le bus

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Je n'autorise pas la publication d'images prises dans le cadre des différentes activités de votre enfant, dans la presse locale et nationale et sur tous les supports de communication de la Mairie (journal municipal, site internet, films, affiches, ...).

ASSURANCE

Nom de la compagnie d'assurance durant les activités extrascolaires :

N° de la police d'assurance :

PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE VOTRE (VOS) ENFANT(S)

1^{er} contact : Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant : grand-parent ami(e) voisin(e) assistante maternelle autre :

 Domicile :  Portable :

2^{ème} contact : Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant : grand-parent ami(e) voisin(e) assistante maternelle autre :

 Domicile :  Portable :

3^{ème} contact : Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant : grand-parent ami(e) voisin(e) assistante maternelle autre :

 Domicile :  Portable :

Les représentants légaux reconnaissent être informés que l'inscription aux activités vaut acceptation des règlements municipaux et s'engagent à informer les services municipaux de tout changement (adresse, situation familiale, ...).

Lu et approuvé, le Signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) :