



**Fiche à remettre  
avant le 03 Juillet 2020**

## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

<b>NOM de l'enfant :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de Naissance :</b>	<b>Classe 2020/2021 :</b>

**Documents à fournir :**

- Assurance individuelle couvrant l'enfant ainsi que les tierces personnes pour les activités périscolaire ou extrascolaires
- Justificatif de domicile
- Photocopie du carnet de vaccination à jour
- Remplir cette feuille d'inscription dans sa TOTALITE, et accepter le règlement intérieur (livret d'accueil)

**Restaurant Scolaire**

- Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire aux jours suivants :

Lundi                       Mardi                       Jeudi                       Vendredi

**TAP (Cycles 2 et 3)**

Mon enfant fréquentera le Temps d'Accueil Périscolaire (TAP) ou le temps récréatif jusqu'à 16h30 (Gratuit)

**Accueil Périscolaire**

- Mon enfant fréquentera la garderie périscolaire régulièrement aux jours suivants :

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin (Elémentaire)	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir		<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir

Mon enfant fréquentera la garderie périscolaire occasionnellement

**ALSH**

- Mon enfant fréquentera l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement :

- Mercredi matin (Maternelle)
- Mercredi journée (Maternelle)
- Mercredi après-midi (Elémentaire)
- Petites vacances
- Grandes vacances

**Connaissance du règlement intérieur**

Je soussigné(e).....

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et extrascolaires, en approuver le contenu et m'engage à le faire respecter par mon enfant.

Le .....

Signature des parents

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*Les familles donnent l'autorisation de consultation et conservation de leurs données personnelles, issues de leur compte partenaire CAF*

N° allocataire CAF : **OBLIGATOIRE** ..... Nom/Prénom de l'allocataire: .....

**ATTENTION ! L'affectation des tarifs dégressifs est conditionnée à la connaissance du N° d'allocataire**

### PÈRE :

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone (en cas d'urgence) : Domicile :.....

Portable :.....

Travail :.....

Autre :.....

N° de Sécurité Sociale : **OBLIGATOIRE** .....

Adresse mail : **OBLIGATOIRE** .....

Profession : **OBLIGATOIRE** .....

Nom et adresse de l'employeur : **OBLIGATOIRE** .....

### MÈRE :

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone (en cas d'urgence) : Domicile :.....

Portable :.....

Travail :.....

Autre :.....

N° de Sécurité Sociale : **OBLIGATOIRE** .....

Adresse mail : **OBLIGATOIRE** .....

Profession : **OBLIGATOIRE** .....

Nom et adresse de l'employeur : **OBLIGATOIRE** .....

### Responsabilité

- Mon enfant repartira **SEUL** des dispositifs périscolaires ou extrascolaires:

Jour(s) / Horaire(s) à préciser : .....

- Autres personnes désignées par les parents pour accompagner ou venir chercher l'enfant à l'accueil périscolaire ou extrascolaire:

Nom :..... Qualité :..... Tel: .....

Nom :..... Qualité :..... Tel: .....

Nom :..... Qualité :..... Tel: .....

Nom :..... Qualité :..... Tel: .....

Nom et téléphone de votre médecin traitant : .....

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique  Oui  Non Si oui, laquelle : .....

Votre enfant a-t-il des allergies  Oui  Non Si oui, laquelle ou lesquelles: .....

**Rappel : Toute allergie ou maladie chronique devra être signalée et accompagnée d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) si la situation le nécessite, sous peine d'exclusion de l'enfant.**

Le .....

Signature des parents