



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

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

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

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 :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<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 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