



Département de Seine et Marne
FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE
Année 2017/2018

ELEVE

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance \ ____ \ ____ \ ____ Lieu _____

Classe : _____ sexe : M ☐ F ☐

Vaccination : joindre une copie des feuillets de vaccinations obligatoires du carnet de santé.

Assurance (nom et adresse) _____

Fournir l'attestation en cours de validité

RESTAURATION SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera la restauration scolaire : oui ☐ non ☐

Indiquez quels jours :

Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

P.A.I. ☐ Oui ☐ Non

Régime alimentaire ☐ Oui ☐ Non

Allergie alimentaire ☐ Oui ☐ Non

Mangera- t-il le jour de la rentrée : ☐

Les absences seront facturées, sauf en cas de maladie, accident ou toute autre cause majeure, sur justificatif dans les 72 heures, le premier jour de l'absence, le repas est perdu (Les repas suivants peuvent être annulés à condition de prévenir le secrétariat de mairie le jour même de l'absence avant 10 heures.

ACCUEIL PRÉ ET POST SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera l'accueil pré et post scolaire ☐

Indiquez quels jours et à quel moment de la journée:

LUNDI ☐ **MARDI** ☐ **MERCREDI** ☐ **JEUDI** ☐ **VENDREDI** ☐

Matin ☐ Matin ☐ Matin ☐ Matin ☐ Matin ☐

APM ☐ APM ☐ BUS ☐ APM ☐ APM ☐

Soir ☐ Soir ☐ - Soir ☐ Soir ☐

Sera-t-il présent le jour de la rentrée ? ☐

Facturation : Le paiement s'effectue **auprès de la Trésorerie du Châtelet-en-Brie** après avis des sommes à payer.

(Chèque à l'ordre du Trésor Public)

Garderie : facturation selon présence de l'enfant. Le dépassement horaire : pénalité de retard de 5€ par tranche d'un ¼ d'heure.

J'autorise les services municipaux et scolaires à prendre mon enfant en photo : ☐

Document à retourner complété et signé au secrétariat de mairie avant le vendredi 30 Juin 2017

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère : _____ Autorité parentale ☐

Nom d'usage _____ Prénom(s) _____

Situation familiale : Mariée Célibataire Pacsée Séparée Divorcée Veuve

Adresse _____ Mail : _____

Code postal _ _ _ _ _ _ Ville _____

Tél. Domicile _____ Tél. mobile _____

Profession _____ Employeur _____

Adresse _____

Code postal _ _ _ _ _ _ Ville _____

Téléphone travail _____ Numéro de poste _____

Père : _____ Autorité parentale ☐

Nom d'usage _____ Prénom(s) _____

Situation familiale : Marié Célibataire Pacsé Séparé Divorcé Veuf

Adresse _____ Mail : _____

Code postal _ _ _ _ _ _ Ville _____

Tél. Domicile _____ Tél. mobile _____

Profession _____ Employeur _____

Adresse _____ Tél. travail _____

Code postal _ _ _ _ _ _ Ville _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) _____ Autorité parentale ☐

Organisme _____ Personne référente _____

Fonction _____ lien avec l'enfant _____

Adresse _____ Mail : _____

Code postal _ _ _ _ _ _ Ville _____

Tel : Domicile _____ Téléphone mobile _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom : _____ Tél. _ / _ / _ / _ / _ lien de parenté _____

Nom, prénom : _____ Tél. _ / _ / _ / _ / _ lien de parenté _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant : _____

Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à Les Écrennes, le _ _ _ _ _ _ Signature : Père (ou tuteur) _____ Mère (ou tutrice) _____

Document à retourner complété et signé au secrétariat de mairie avant le vendredi 30 Juin 2017