

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : _____ Prénom _____ Date de naissance : _____
Classe _____ Ecole _____ Enseignant _____

Recommandations sanitaires particulières : OUI NON

Les recommandations sont à signaler sur la fiche sanitaire jointe au dossier avec l'attestation d'assurance

Médecin traitant : _____ N° Téléphone _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

	PARENT 1	PARENT 2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
N° Téléphone (fixe + portable)		
E-Mail :		
Employeur : NOM+ADRESSE		
N° CAF		

CHOIX DU MODE D'INSCRIPTION

Compléter le planning joint

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION	
MODE DE REGLEMENT	<input type="checkbox"/> prélèvement automatique (joindre RIB) <input type="checkbox"/> par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre du Trésor Public
NUMERO A JOINDRE EN CAS D'URGENCE	

Déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur joint au présent dossier

FAIT A : _____ Le _____ SIGNATURE _____