

INSCRIPTION PERISCOLAIRE



Masculin

☐

Féminin

☐

Classe

COORDONNEE DE L' ELEVE :

NOM :

PRENOM (S) :

Né (e) le :

Lieu de Naissance :

Adresse postale :

Code Postale : Commune :

COORDONNEE DE LA MERE :

NOM :

PRENOM (S) :

Adresse postale :

Téléphone:  Portable : 

Téléphone Travail : Email : 

COORDONNEE DU PERE

NOM :

PRENOM (S) :

Adresse postal :

Téléphone:  Portable : 

Téléphone Travail : Email : 

*Cochez la ou les cas souhaitée (e)s

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Occasionnellement :

☐
Tarifs : Famille non imposable : 3.15 de l'heure ou 1.58 euros la demi-heure

Famille imposable : 3.38 euros de l'heure ou 1.69 euros la demi-heure

(soumis à la revalorisation au 01/09)

JOINDRE AVIS DE NON IMPOSITION OBLIGATOIRE POUR LES FAMILLES NON IMPOSABLE
Santé : Prescriptions médicales particulières, handicap, allergies, régimes (Certificat médical)

Régime particulier.....

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA FICHE SANITAIRE AVEC COPIE DU CARNET DE VACCINATION
J'autorise le transport de mon enfant à l'hôpital ou clinique de :

.....

Assurance Responsabilité civile : N° de contrat

Nom et adresse de la compagnie :

Décharge Responsabilité
Signature :