

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Photos autorisées :

Sorties autorisées :

DOMICILE

Adresse :

Complément :

Code postal :

Ville :

E-mail :

Téléphone :

L'ENFANT VIT AU DOMICILE DE

Parents Mère (1) Père (1)

PÈRE

Nom :

Prénom :

Profession :

Tél. mobile :

Tél. travail :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Profession :

Tél. mobile :

Tél. travail :

FAMILLE D'ACCUEIL

Nom :

Prénom :

Profession :

Tél. mobile :

Tél. domicile :

FACTURATION (1) (attestation à remplir au verso en cas de séparation)

Père Mère

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

INSCRIPTION SCOLAIRE

Ecole :

Niveau :

INSCRIPTION PERISCOLAIRE (4,00 € / repas)

Restauration midi
(entourer les jours concernés)

L M J V

Garderie matin

Garderie soir

PERSONNES HABILITES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (différentes des parents)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Mobile	Domicile
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDICALES

Nom du medecin

Téléphone

Allergies connues (gluten, Arachides....) oui non

Si oui a-t-il un PAI ? (Proget Accueil Individualisé) oui non

Prescriptions médicales particulières (diabète, glycémie...)
Si oui présentation du certificat médical oui non

Vaccination à jour oui non

ALLOCATION

Nom de l'allocataire

Régime

N° allocataire

ASSURANCE

Nom de la compagnie

N° de police

Recommandations de la famille

SIGNATURE DES PARENTS

ATTESTATION DE PAIEMENT

A remplir par la personne qui s'engage à régler les factures

Je soussigné(e) (Nom et prénom) Demeurant
..... m'engage à régler les factures de
restauration scolaire de mon / mes enfants

Signature :

