

# FICHE D'INSCRIPTION 2018-2019

Je soussigné, père, mère, tuteur,

- Avoir pris connaissance de l'ensemble des informations concernant les activités auxquelles j'inscris mon enfant.
- Autorise mon enfant à participer aux activités entrant dans le cadre du Projet Éducatif de Développement Territorial d'Arc en Barrois, transport collectif inclus.
- Autorise l'équipe d'encadrement à faire donner tous les soins nécessaires à mon enfant en cas d'urgence.
- Autorise / N'autorise pas\* mon enfant à repartir seul après une activité.
- Personne autorisée à récupérer mon enfant :

NOM	PRENOM	N° TEL

## DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- **Attestation CAF/MSA**
- **Photocopie vaccin DT Polio**
- **Fiche sanitaire de liaison**
- **Attestation d'assurance RC/IA**

Fait le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

### **ENFANT:**

Nom - Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_ À: \_\_\_\_\_

Ecole/Collège : \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_

### **RESPONSABLES DE L'ENFANT:**

#### **PERE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Situation Familiale : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Tél. Travail : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Tél. Ass. Mat.: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ (Nom: \_\_\_\_\_)

Tél. Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **Signature :**

#### **MERE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Situation Familiale : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Tél. Travail : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Tél. Ass. Mat.: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ (Nom: \_\_\_\_\_)

Tél. Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **Signature :**

**Facturation :** Père  ou Mère

N° Sécurité S. où est assuré l'enfant : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ //

Allocataire CAF OUI  NON

N°d'allocataire : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

Ressortissant MSA OUI  NON

N° de matricule : \_\_\_\_\_

**Nom:**

**Prénom:**

**Classe:**

## TRANSPORT SCOLAIRE DU SOIR

Remplir si votre enfant prend le bus

	Soir	Lieu d'arrivée
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

## ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR

Choix des jours: (inscription annuelle)

Cochez les jours où vous désirez inscrire votre enfant.

Lundi	
Mardi	
Jeudi	
Vendredi	

## ACTIVITES SPECIFIQUES

Choix d'activités: (inscription annuelle)

Cochez les activités où votre enfant désire s'inscrire.

	PSM	MSM	GSM	CP	CE	CM	Collège
Accueil de Loisirs Mercredi Après-midi							
Aide au travail							
Arts et Découverte							
Danse							
Equitation							
Eveil corporel							
Informatique							
Médiathèque							
Paris 2024-Sport Olympique							
Sports innovants							
Petits Lecteurs							
Tennis							
Théâtre							