

ECOLE MATERNELLE DE DOMMARTIN LES TOUL

BULLETIN D'INSCRIPTION

GARDERIE - CANTINE - ETUDE SURVEILLEE

ANNEE SCOLAIRE 2018 / 2019

Je soussigné(e) NOM PRENOM

Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur (*)

Situation familiale : Célibataire – Vie maritale – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e)(*)

Adresse Ville

Tél Domicile Professionnel..... Portable.....

Adresse mail

(*) barrer les mentions inutiles

Déclare inscrire le ou les enfants ci-dessous désignés au service suivant à compter du :.....

Prestations	Tarifs par jour Et par enfant	Jours prévisibles de fréquentation
Garderie (de 7 h 30 à 8 h 20)	1.00 €	<input type="checkbox"/> Tous les jours de la semaine Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
Cantine	5.70 €	<input type="checkbox"/> Tous les jours de la semaine Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
Etude surveillée (de 16 h 15 à 18 h)	1.50 €	<input type="checkbox"/> Tous les jours de la semaine Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>

Nom – Prénom de l'enfant	Date de naissance	Classe

Allergie alimentaire ou autre problème particulier

**Pièces à joindre : Certificat médical en cas d'allergie alimentaire et attestation d'assurance
«responsabilité civile»**

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement et m'engage à respecter le règlement de ce service (dont un exemplaire m'a été remis) tout au long de l'année scolaire. En outre, je certifie exacts les renseignements communiqués sur le présent document.

A Dommartin-les-Toul, le.....
Signature

Je soussigné(e) NOM
PRENOM
Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur (*)
de l'enfant : NOM
PRENOM

PERISCOLAIRE DE DOMMARTIN LES TOUL

ANNEE SCOLAIRE 2018 / 2019

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Allergies : préciser quel(s) enfant(s) est (sont) concernés

- Asthme OUI NON
- Médicamenteuse OUI NON
- Alimentaire OUI NON
- Autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Recommandations utiles des parents (en cas de fratrie, précisez le prénom de l'enfant)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ...

Les difficultés de santé de votre enfant et les précautions à prendre :

Votre enfant est-il autorisé à pratiquer des activités sportives ? OUI NON

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

NOM – Prénom..... Précisez : famille – amis – autre
Téléphone

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la sortie du périscolaire :

NOM – Prénom..... Précisez : famille – amis – autre
Téléphone
NOM – Prénom..... Précisez : famille – amis – autre
Téléphone
NOM – Prénom..... Précisez : famille – amis – autre
Téléphone

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),....., responsable légal de (s) l'enfant(s)
....., autorise/n'autorise pas(*) à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal,
site Internet, publications, reportages...), des photos de mon (mes) enfant(s) prises au cour du périscolaire.

(*) Barrer la mention inutile

A Dommartin les Toul, le
Signature du responsable de l'enfant