

Fiche inscription à retourner avant le 01/07/2011
ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION

NOM de famille :

Adresse des Parents :

N° Téléphone

- **Père - Domicile :** **Portable :** **Travail :**
- **Mère – Domicile :** **Portable :** **Travail :**

Nombre d'enfants :

- **NOM :** **Prénom :** **Date de naissance :**
- **NOM :** **Prénom :** **Date de naissance :**
- **NOM :** **Prénom :** **Date de naissance :**

Observations

GARDERIE MATIN de 7h30 à 8h30 **Lundi** **Mardi** **Jeudi** **Vendredi**.....

GARDERIE SOIR de 16h30 à 18h00 **Lundi** **Mardi** **Jeudi** **Vendredi**.....

RESTAURATION midi de 11h30 à 13h20 **Lundi** **Mardi** **Jeudi** **Vendredi**.....

* Préciser les jours en les entourant

Médecin de famille :

Adresse :

Tel médecin :

Nom de(s) la personne(s) autorisées(s) à prendre l'enfant

..... **Tél :**

..... **Tél :**

Personne à prévenir en cas d'urgence : **Tél :**

TRAVAIL DES PARENTS

PERE : n° SSale **MERE : n° SSale**

Profession : **Profession :**

Lieu **Lieu**

Tél **Tél**

N° Allocataire **N° Allocataire**

Droit à l'image : Je soussigné , responsable de l'enfant
autorise les responsables à utiliser les photos prises lors des activités à des fins non commerciales.

Date :

Signature du Père

Signature de la Mère