



DEMANDE D'INSCRIPTION – 2018-2019
Services périscolaires

A retourner par [courriel](#) ou courrier ou dépôt à une des maisons des services (Vaucouleurs, Void ou Commercy)

Renseignements concernant l'enfant

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Adresse	Ecole	Classe	Garçon Fille

Renseignements concernant les responsables légaux

Tuteur légal 1

Tuteur légal 2

Nom		
Prénom		
Adresse		
N° téléphone		
N° portable		
e-mail		

Si adresse différente :

Personne à facturer :

N° CAF (obligatoire) :

Personnes majeures à contacter en cas d'urgence
eten cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux

NOM	Prénom	Mobile (ou à défaut fixe

Autorisations diverses

- 1- J'autorise les animatrices à photographier mon enfant oui non
- 2- J'autorise la CC CVV à diffuser les documents photos où apparaît mon enfant oui non

3- J'autorise mon enfant à participer aux sorties oui non

4- J'autorise les personnes désignées ci-dessous à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'accueil périscolaire :

NOM	Prénom	Téléphone

Inscription préalable obligatoire pour accéder aux services périscolaires : Cochez les cases

Jours	Accueil du matin* Possible à partir de 7 H 00 Forfait pour les 2 heures 1 € 50		Accueil du midi avec repas Forfait 3 € 95	Accueil du soir avec goûter Possible jusqu' à 18 H 30 1.50 €/heure commencée	
	de 7 H 00 à 7 H 30	de 7 H 30 à l'heure d'école		de l'heure d'école à 17 H 30	de 17 H 30 à 18 H 30 *
Lundi					
Mardi					
Jeudi					
Vendredi					

** Indiquez dans la case l'heure d'arrivée pour le matin et l'heure du départ pour le soir.*

Attention : L'horaire effectif d'ouverture et de fermeture du service sera fixé après recensement des inscrits pour une fréquentation régulière et sera porté à la connaissance des usagers. Pour le soir, chaque heure entamée est due.

Je (nous), responsable(s) légal(aux) susnommé(s) de l'enfant :
ai(avons) bien pris connaissance des modalités d'inscription, de fonctionnement et de facturation des services périscolaires que j'accepte (nous acceptons) par la signature de cette fiche.

Fait à _____ le _____

Signature(s)

Responsable légal 1

Responsable légal 2

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

