



FICHE D'INSCRIPTION 2017/2018 RESTAURATION SCOLAIRE – GARDERIE DES ÉCOLES - TAP

ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Né(e) le : _____ **Sexe :** _____

Classe : _____ **Ecole :** _____

Adresse : _____

RESPONSABLES LEGAUX

MÈRE

Autorité parentale : oui non

Nom : _____ **Prénom :** _____

Nom marital (nom d'usage) : _____ **Date de naissance :** _____

Situation familiale (1) : _____ **Profession :** _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____ **Tél portable :** _____

Mail : _____

Nom de l'employeur et lieu de travail : _____

Tél travail : _____

PÈRE

Autorité parentale : oui non

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Situation familiale (1) : _____ **Profession :** _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____ **Tél portable :** _____

Mail : _____

Nom de l'employeur et lieu de travail : Placoplatre

Tél travail : _____

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL

(personne physique ou morale)

Autorité parentale : Oui non

Organisme : _____ **Personne référente :** _____

Fonction : _____ **Lien avec l'enfant :** _____

Adresse : _____

Code Postal _____ **Commune :** _____

Tél domicile : _____ **Tél portable :** _____

Tél travail : _____

Mail : _____

(1) Célibataire – Marié(e) - Veuf(ve) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Concubin(e) – Pacsé(e)

FACTURATION (Famille séparée : la facture sera adressée à l'un des deux parents uniquement)

Nom/Prénom

Adresse de facturation

MODE DE RÈGLEMENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Par prélèvement automatique
→ Joindre obligatoirement un RIB | <input type="checkbox"/> Par chèque ou en espèces
→ à la Trésorerie de Bain de Bretagne |
| <input type="checkbox"/> Par chèque CESU
→ Dépôt par vos soins à la Trésorerie de Bain de Bretagne | Possible seulement pour la garderie des enfants de moins de 6 ans |

MODALITÉS DE FRÉQUENTATION DES SERVICES

Garderie du matin : tous les jours de la semaine	OUI <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Garderie du midi : mercredi	OUI <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Garderie du soir : Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi	OUI <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Temps d'Activités Périscolaires (TAP)	OUI <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Restauration scolaire :	OUI <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si OUI quels jours pour la restauration ? <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi		

Au besoin, planning mensuel disponible en mairie

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT

(Autres que les responsables légaux et sous présentation d'une pièce d'identité)

	1	2	3	4
Nom/Prénom				
Qualité				
Tél				

EN CAS D'ACCIDENT

Médecin traitant (Nom/Tel)	/
Personne(s) à prévenir (Nom/Tel)	/
Renseignements particuliers concernant l'enfant (allergies alimentaires...)	
Décharge	Je soussigné(e) _____, représentant légal de l'enfant autorise la Mairie à prendre toutes dispositions en cas d'accident et m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, de transports, d'hospitalisation liés aux soins.

Je soussigné _____, représentant légal de l'enfant _____

- s'engage à respecter le règlement d'utilisation de tous les services qui sera disponible à la rentrée,
- possède une assurance civile et individuelle accident pour mon enfant,
- atteste l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche,
- m'engage à signaler toute modification ultérieure dans les délais les plus brefs à la mairie (notamment en cas de changement d'adresse).

Fait à Guipry-Messac, le ____ / ____ / _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » (si adresse de facturation différente de l'enfant, signature des deux parents)

Signature du père

Signature de la mère