



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

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 :
 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 :

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

Nom/Prénom

Adresse de facturation

MODE DE RÈGLEMENT

Par prélèvement automatique → Joindre obligatoirement un RIB **Par chèque ou en espèces** → à la Trésorerie de Bain de Bretagne

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 non

Garderie du midi : mercredi OUI non

Garderie du soir : Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi OUI non

Restauration scolaire : OUI non

Si OUI quels jours pour la restauration ? Lundi Mardi Jeudi 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