



# BULLETIN D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2020-2021

## à retourner à la Mairie de Chançay avant le 26 JUIN 2020

Penser à nous fournir l'attestation d'assurance extra-scolaire 2020-2021 de votre enfant (qui vous sera aussi demandée à l'école)

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....

**Classe 2020/2021 :** .....

**Nom du représentant légal 1 :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél fixe : ...../...../...../...../..... Tél portable : ...../...../...../...../.....

Tél travail : ...../...../...../...../.....

Adresse e-mail : .....

**Nom du représentant légal 2 :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél fixe : ...../...../...../...../..... Tél portable : ...../...../...../...../.....

Tél travail : ...../...../...../...../.....

Adresse e-mail : .....

Enfant en garde alternée :  oui  non

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  oui  non (si oui, nous fournir une copie)

**Inscription à la cantine :**

(1) Inscription régulière (3 à 4 jours par semaine)

(1) Inscription occasionnelle

(1) Inscription régulière allergie

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

**Inscription à la garderie :**

oui

non

	Horaires matin (1)			Horaires soir (1)				
	7h15	7h45		16h30 17h00		17h00 17h30	17h30	18h00
	7h45	8h20				18h00	18h30	
Lundi								
Mardi								
Jeudi								
Vendredi								

**ATTENTION : Aucune sortie des enfants ne sera autorisée avant 17 h00 dans un souci de sécurité et d'organisation du service du goûter.**

**Inscription à l'étude dirigée :**      **jeudi\***     oui     non

1 séance par semaine organisée par une enseignante de 16h30 à 17h30 (goûter inclus)

\* selon les places disponibles

**Personnes autorisées à prendre en charge votre enfant** (Sans cette autorisation, votre enfant restera sous la responsabilité de la mairie) :

Nom	Prénom	Tél. portable	Lien avec l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Médecin traitant :** .....

Tél. : ...../...../...../...../.....

☞ Autorisez-vous votre enfant à être photographié et/ou filmé ?                     oui     non

☞ Autorisez-vous votre enfant à repartir seul sur les temps périscolaires ?                     oui     non  
(à partir du CP)

Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce bulletin.

***Règlement lu et approuvé***

Fait le ...../...../2020

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2