

*Penser à nous fournir l'attestation d'assurance extra-scolaire 2024-2025 de votre enfant (qui vous sera aussi demandée à l'école)*

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

**Classe** (fréquentée à la rentrée scolaire de septembre 2024) :

Maternelle :       Petite section       Moyenne section       Grande section  
 Élémentaire :     CP       CE1       CE2       CM1       CM2

**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	7h45 8h20		16h30 17h00	17h00 17h30	17h30 18h00	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.**

**Pré-inscription à l'étude surveillée :**

oui

non

**Sous réserve des disponibilités de l'équipe enseignante à la rentrée.**

Une séance par semaine organisée par une enseignante de 16h30 à 17h30 (goûter inclus), selon les places disponibles.

**Dès la rentrée, les familles intéressées par l'étude surveillée recevront un formulaire d'inscription précisant le ou les créneau(x) proposé(s).**

***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 ?  
(à partir du CP)

oui

non

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

***Règlement lu et approuvé***

Fait le ...../...../2024

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2