

Nom de l'école

Maternelle

Primaire



Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : - - / - - - - / - - - - Lieu de naissance : Sexe : M F

Adresse (résidence principale) :

CP : Ville :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

	Responsable 1	Responsable 2	Autre représentant (si différent)
Nom			
Prénom			
Adresse de facturation <i>(Si différente de celle de l'enfant)</i>			
@ E-mail			
 Fixe			
 Portable			
Téléphone professionnel			

Situation du foyer :

Célibataire Marié Pacsé Vie maritale Séparé Divorcé Veuf(ve) - Garde alternée :
N° allocataire CAF :

PERISCOLAIRES : JOURS D'INSCRIPTIONS



Attention chaque jour coché est facturé

	Lundi	Mardi	Judi	Vendredi	A compter du :
Garderie du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Garderie du Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

MODALITES DE SORTIE DE LA GARDERIE DU SOIR

J'autorise mon enfant à quitter seul la garderie à 18h15, pour se rendre à son domicile (élèves d'élémentaire uniquement) : Oui Non

CONTACT(S) AUTORISE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET A ETRE PREvenu EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom	Qualité	Téléphone

Dans ces deux cas, la ville est dégagée de toute responsabilité une fois que l'enfant est sorti de l'école.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Commune :

Téléphone : -- / -- / -- / -- / --

Date vaccins : DT POLIO : ROR :

Allergie(s) alimentaire(s) nécessitant un régime adapté : Oui Non

Si oui, à quel(s) aliment(s) :

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est-il en place ou nécessaire ? Oui Non

Autres recommandations utiles que vous souhaitez notifier (*maladie, allergie médicamenteuse, asthme, ... précisant les précautions à prendre*):

.....

AUTORISATIONS

oui non J'autorise l'hospitalisation de mon enfant dans l'établissement le plus proche, si son état le nécessite

oui non J'autorise la Ville d'Elbeuf sur Seine à utiliser, durant le temps de restauration scolaire, l'image de mon enfant dans le cadre de reportages photographiques et vidéo sur des supports de communication municipale.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

J'atteste que mon enfant est assuré sur les temps périscolaires (assurance responsabilité civile / garantie individuelle). Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services pour lesquels je demande l'inscription de mon enfant et m'engage à les respecter et les faire respecter.

Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription et m'engage à signaler au cours de l'année 2019/2020, à la Direction de l'Education et de la Réussite Educative toute modification intervenue dans ma situation (changement d'adresse, composition familiale, ressources, ...).

La radiation doit être transmise par écrit en mairie, permettant d'arrêter la facturation.

Je soussigné (e),

Fait à Elbeuf sur Seine, le

Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé »**Responsable 1**

Nom, prénom, qualité

Responsable 2

Nom, prénom, qualité