

ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M / F
 Né(e) le : / / Langue maternelle : _____
 Adresse : _____
 Degré scolaire année 2019/2020 (harmos) : _____ Enseignant (e) : _____

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

MÈRE : Autorité parentale : Oui Non
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. prof. : _____
 Tél. portable : _____ Courriel : _____

PÈRE : Autorité parentale : Oui Non
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. prof. : _____
 Tél. portable : _____ Courriel : _____

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE NÉCESSITÉ ET/OU D'URGENCE :

Nom : _____ Prénom : _____
 Lien de parenté : _____ Tél. dom. / portable : _____

INSCRIPTION AUX PLAGES HORAIRES

Cocher les plages souhaitées : = horaires réguliers = horaires irréguliers

	06h40 - 07h50	07h50 - 11h40	11h40 - 13h40	13h40 - 15h25	15h25 - 18h30
Lundi	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>				
Mercredi	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>				
Jeudi	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>				
Vendredi	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>

NB : Les différentes plages horaires seront ouvertes sous réserve d'un nombre suffisant d'inscription.

SANTÉ DE L'ENFANT

Souffre-t-il d'une maladie ou d'allergie ? : oui non Si oui, laquelle ? _____
 Est-il actuellement en traitement médical ? : oui non Si oui, lequel ? _____
 Suit-il un régime alimentaire particulier ? : oui non Si oui, lequel ? _____
 Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : _____

NB : L'accueil ne donne pas de médicaments spontanément sans l'autorisation orale ou écrite des parents.

IMPORTANT

Nous vous prions de joindre au dossier les documents suivants, sans quoi le tarif maximal sera appliqué :

1. Formulaire d'inscription complet (*1 par enfant*)
2. Copie de l'avis de taxation (*l'administration se réserve le droit de demander tous documents complémentaires*)
3. Copie de l'attestation de l'assurance maladie et accident de l'enfant
4. Copie de l'attestation de l'assurance RC privée

Le dossier complet sera traité de manière confidentielle et une confirmation d'inscription vous sera envoyée.

J'autorise/nous autorisons le personnel de l'AES à publier des photos sur lesquelles notre enfant apparaît oui

Ainsi qu'à publier des œuvres (textes, sons, images) créées par notre enfant. oui

Par ma/nos signature/s, j'ai/nous avons pris connaissance des conditions et règlements de l'accueil et je/nous certifie/certifions que les renseignements sont exacts.

Lieu et date : _____ Signature(s) : _____