

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024 /2025

Merci de ne pas remplir ce tableau, réservé aux personnels de la structure			
Documents à joindre obligatoirement au dossier	oui	non	A venir
Attestation CAF			
Chèque adhésion			
Règlement intérieur			
Attestation assurance			
Vaccin DTP			

À déposer dans la boîte aux lettres de l'association 2 rue de l'église ou bien auprès de la directrice

Boris Vian **St Joseph**

Nom de famille :

Adresse :

Mail 1 :

Mail 2 :

Renseignements concernant le foyer :

PERE

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Tel portable (obligatoire) :

MERE

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Tel portable (obligatoire) :

Situation familiale :

Compagnie d'assurance :

N° sociétaire:.....

N° Allocataire CAF ou MSA:

Quotient Familial :

Médecin traitant :

Tel :

Personnes à contacter en cas d'urgence, en dehors des parents :

NOM :

Prénom:

Lien de parenté :

Tel :

NOM :

Prénom:

Lien de parenté :

Tel :

Personnes autorisées à récupérer le(s) enfant(s) :

NOM :

Prénom:

Lien de parenté :

Tel :

Accueil périscolaire Dossier d'inscription 2024-2025

NOM :

Prénom:

Lien de parenté :

Tel :

Joindre un courrier autorisant un enfant mineur à venir chercher ses frères et/ou sœurs

Inscription

Si l'inscription est régulière (dans ce cas, merci de cocher les cases correspondantes (jours et horaires))

Si l'inscription nécessite un planning chaque semaine, dans ce cas, prévenir le vendredi précédent avant 18h00 afin que l'équipe s'organise au mieux.

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	A partir de :			
Soir	Jusqu'à.....	Jusqu'à.....	Jusqu'à.....	Jusqu'à.....

Merci de prévenir pour toute présence ou absence de votre enfant, afin d'assurer une meilleure organisation !

Renseignement concernant le 1^{er} enfant :

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Vaccin (DTP) fait le :

PAI : oui non

Si PAI nous faire parvenir le protocole

Allergie ou intolérance: oui non

préciser :

Renseignement concernant le 2^{eme} enfant :

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Vaccin (DTP) fait le :

PAI : oui non

Si PAI nous faire parvenir le protocole

Allergie ou intolérance: oui non

préciser :

Renseignement concernant le 3^{eme} enfant :

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Vaccin (DTP) fait le :

PAI : oui non

Si PAI nous faire parvenir le protocole

Allergie ou intolérance: oui non

préciser :

Déclaration de pouvoir en cas d'urgence :

Je soussigné(e)responsable légal de(s) l'enfant(s), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon (mes) enfant(s) :

Droit à l'image :

J'autorise la publication d'images de mon (mes) enfant(s) dans la presse locale, nationale et sur le journal municipal. **OUI NON**

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à SAINT GERMAIN DES PRES, le :

Signature :

Documents à joindre au dossier :

- l'attestation d'assurance extrascolaire pour l'année scolaire en cours
- le dernier avis d'allocation CAF ou MSA, avec mention du quotient familial
- la photocopie du vaccin DTP
- une estimation des temps d'accueil de votre enfant
- un chèque d'adhésion de 15€
- *une photo d'identité de(s) enfant(s)*