

Dossier d'inscription 2026-2027

Le Nid des Prés

Accueil périscolaire

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			
Cheque adhesion			
Règlement intérieur			
Attestation assurance			
Vaccin DTP			

**À déposer dans la boîte aux lettres de l'association au 4 rue de la Boulairie
ou auprès de la directrice avant le 1er juin 2026**

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 :

Lien de parenté :

Prénom :

Tel :

NOM :

Lien de parenté :

Prénom :

Tel :

Dossier d'inscription 2026-2027

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

NOM : Prénom:
Lien de parenté : Tel :

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 16h00 afin que l'équipe s'organise au mieux.

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

Rappel : toute modification de présence ou d'absence de votre enfant doit être signalée par mail à l'accueil périscolaire à niddespres.49@gmail.com

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 :

