



ETUDES SURVEILLEES

Fiche d'Inscription

ANNEE SCOLAIRE D'INSCRIPTION	
-------------------------------------	--

RESPONSABLE(S) DE (DES) L'ENFANT(S)						
		PERE		MERE		
Nom & prénom						
Adresse						
N° Téléphone- Domicile						
N° portable						
Adresse mail de contact						
Nom et adresse de l'employeur						
N° de téléphone employeur						
Situation de famille	Célibataire(s)	<input type="checkbox"/>	Marié(s)	<input type="checkbox"/>	Vie maritale	<input type="checkbox"/>
				Autres (préciser)		

ENFANT(S) DONT L'INSCRIPTION EST DEMANDEE						
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ECOLE	MAT.	ELEM.	ASSURANCE SCOLAIRE N°

MEDECIN TRAITANT	
NOM	
ADRESSE	
N° DE TELEPHONE	

PERSONNES HABILITEES A REPREDRE L'(LES) ENFANT(S)		
NOM & PRENOM	ADRESSE & TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

Modalités de fonctionnement des Etudes Surveillées

Les Etudes Surveillées sont assurées uniquement les jours de classe soient les lundi, mardi, jeudi, vendredi.

La prestation comprend :

- une surveillance dans la cour de récréation de 16 heures 10 à 16 heures 25
- l'encadrement des classes d'études de 16 heures 25 à 17 heures 25.

soit une prise en charge des élèves pendant 1 heure 15, en fin d'après-midi, après la classe.

Aucun départ non accompagné n'est accepté, sauf autorisation écrite des parents ci-dessous.

Tout enfant dont le comportement ne sera pas compatible avec le bon fonctionnement du service ne sera plus admis en Etudes Surveillées.

Les parents s'engagent pour un mois complet. En outre, il est possible d'inscrire un enfant pendant le mois en cours en réglant :

- jusqu'au 15 du mois en cours : l'intégralité de la somme due pour un mois,
- à partir du 16 du mois en cours : la moitié de la somme due pour un mois.

L'inscription aux Etudes Surveillées sous-entend la lecture et l'acceptation du Règlement Intérieur dont une copie est remise à la famille.

Monsieur, Madame _____ responsable(s) de(s) l'enfant(s) indiqué(s) au recto de cette fiche d'inscription déclare(nt) :

- avoir pris connaissance du Règlement Intérieur des Etudes Surveillées (dont une copie nous a été remise) et s'engager à le respecter ;
- s'engager à prévenir les responsables dans les plus brefs délais, si pour quelque motif que ce soit (maladie, congé, besoins occasionnels), la fréquentation de leur(s) enfant(s) devait être modifiée;
- s'engager à informer les services municipaux de tout changement par rapport aux renseignements fournis sur la présente fiche : situation familiale, adresse, n° de téléphone...
- en cas de nécessité d'hospitalisation, autoriser les responsables à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon (mes) enfant(s).

LONGUENESSE, le
Signature

AUTORISATION DE PARTIR SEUL

Monsieur, Madame _____ **autorisons*** n'autorisons pas*
notre (nos) enfant(s) _____ (indiquer
les prénoms) **à quitter les Etudes Surveillées seul(s)** à l'issue de la séance sans être accompagné(s).

Le
Signature des parents

**rayer la mention inutile*

Pour information, prière de nous indiquer les jours de présence de votre(vos) enfant(s)

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
-------	--	-------	--	-------	--	----------	--

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Inscription reçue en Mairie	
Attestation CAF – Quotient familial	