

INSCRIPTION SERVICES PERISCOLAIRES - ANNEE 2025/2026

Représentants légaux

Parent 1	Nom : Prénom :
	Date de Naissance :/...../.....
	Adresse :
	Téléphone 1 : Téléphone 2 : Mail en lettres CAPITALES (Obligatoire) :
Parent 2	Nom : Prénom :
	Date de Naissance :/...../.....
	Adresse (si différente parent 1) :
	Téléphone 1 : Téléphone 2 : Mail en lettres CAPITALES (Obligatoire) :

Adresse facturation :

N° Allocataire (1) : ☐ CAF ☐ MSA

Enfants inscrits aux services périscolaires (Cantine et/ou garderie périscolaire)

Enfant 1	Nom : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance :/...../..... Ecole : ☐ Théodore Monod ☐ Notre Dame Classe (09/2025) :
	Allergie alimentaire : ☐ Oui (<i>Fournir la prescription médicale</i>) ☐ Non Autre allergie ou problème médical à signaler :
Enfant 2	Nom : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance :/...../..... Ecole : ☐ Théodore Monod ☐ Notre Dame Classe (09/2025) :
	Allergie alimentaire : ☐ Oui (<i>Fournir la prescription médicale</i>) ☐ Non Autre allergie ou problème médical à signaler :
Enfant 3	Nom : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance :/...../..... Ecole : ☐ Théodore Monod ☐ Notre Dame Classe (09/2025) :
	Allergie alimentaire : ☐ Oui (<i>Fournir la prescription médicale</i>) ☐ Non Autre allergie ou problème médical à signaler :