



**FICHE D'INSCRIPTION
AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES**

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LE 5 JUILLET 2026
accompagné d'une attestation d'assurance scolaire

Nom de l'enfant Prénom

Date de naissance Classe

Adresse de l'enfant

	Parent 1	Parent 2
Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
Tél. Portable
Tél. Domicile
Courriel

Adresse mail pour l'envoi des factures et toutes informations municipales :

.....

N° Allocataire CAF :

Nom et N° de l'attestation d'assurance scolaire:

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

Autorisation de prendre l'enfant en photo *
(publications communales)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (*en cas de changement, merci de le faire sur votre portail famille*)

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone	Personne à contacter en cas d'urgence*
				<input type="checkbox"/>

Service(s) fréquenté(s) au dos



	Restaurant scolaire *	Garderie *	Étude * surveillée	Autorisation de sortir seul(e) * Préciser l'horaire
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>h.....
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>h.....
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>h.....
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>h.....

TOUTES LES DONNÉES COMPLÉTÉES SUR CE TABLEAU SONT AUTOMATIQUEMENT REPORTÉES SUR VOTRE PORTAIL FAMILLE.

EN CAS DE CHANGEMENT, PENSEZ À LE FAIRE SUR VOTRE ESPACE.

Repas sans porc

Si votre enfant est concerné par un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I), merci d'indiquer le motif ci-dessous :

Signature :

Date : _____