FICHE D'INSCRIPTION
ANNEE SCOLAIRE
2018/2019

Ville de BROONS
Accueil périscolaire
Impasse de la Madeleine
tél : 02.96.41.11.87

Enfant

NOM :……..Prénom :……Classe :……..……..
Né(e) le : ……Age : ……
Adresse : ……..…
Code postal : ……Commune :……..……..…
Ecole fréquentée : ☐ Ecole Privée Saint Joseph ☐ Ecole Maternelle Publique Louise BRIAND ☐ Ecole Elémentaire Publique Louise BRIAND

◎RESTAURANT SCOLAIRE : Concerné ☐ Non concerné ☐
Allergie ou autres recommandations (remplir la fiche sanitaire recto/verso):……

◎TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (TAP) : Concerné ☐ Non concerné ☐
Participe les jours :
☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI
Mode de retour de l'enfant le soir à partir de 16h30 :
☐ prend le car ☐ seul(e) (**joindre une autorisation manuscrite**)
☐ accompagné(e) (précisez les personnes autorisées à récupérer votre enfant)……
……

◎ACCUEIL PERISCOLAIRE : Concerné ☐ Non concerné ☐
Ce service est ouvert tous les jours où il y a de l'école de 7h15 à 8h45 et de 16h45 à 18h45.
☐ mon enfant commence ses devoirs (pour les plus de 6 ans)
Mode de retour de l'enfant après 17h15 (après le goûter):
☐ accompagné(e) (précisez les personnes autorisées à récupérer votre enfant)……
……

Un mineur ne pourra pas récupérer l'enfant sauf en cas d'autorisation parentale.

Situation familiale : *En cas de domicile différent, merci de compléter les 2 parties*

MERE :	PERE :
NOM et prénom:……	NOM et prénom:……
Adresse :……	Adresse :……
Téléphone domicile :……..Portable :……	Téléphone domicile :……..Portable :……
Téléphone professionnel……..	Téléphone professionnel……..
Courriel……@……	Courriel……@……
Numéro allocataire (**information obligatoire)**:	Numéro allocataire (**information obligatoire)**:
☐C.A.F……..☐ M.S.A …… ……	☐C.A.F……..…☐ M.S.A …… ……

Assurance responsabilité civile, **vivement conseillée,** cette assurance couvre les incidents ou accidents que votre enfant pourrait provoquer (**joindre une copie ou attestation**)
Nom de l'assurance: ……..et numéro de police:……
Prélèvement automatique (**faire la demande du formulaire à la responsable**): ☐ oui ☐ non

Autorisation parentale

Je soussigné (e), Nom……Prénom……..
Responsable de l'enfant : Nom……..Prénom……
☐ Autorise mon fils ou ma fille à **participer à toutes les activités proposées par l'accueil périscolaire et les TAP**.
☐ Autorise les responsables de l'accueil périscolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident.
☐ Accepte que les encadrants prennent des photos de mon enfant et que celles-ci soient diffusées dans la presse, le site internet (chaine you tube…) ou les bulletins municipaux lors des différentes activités proposées.
☐ Renseigne la fiche sanitaire (joint au dossier) pour signaler toute allergie ou maladie connues ainsi que les éventuelles contre-indications alimentaires ou médicales.
☐ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
☐ Communique mon numéro d'allocataire, dans le but d'appliquer une tarification modulée selon mes revenus.

Date :…… Signature :