



# ACCUEIL PERISCOLAIRE 2019- 2020

Tél. 06 06 44 50 54

<i>PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION</i>	Parents	Association
Attestation d'assurance pour le ou les enfants concernés Nom et n° de contrat: - responsabilité civile : ..... - extra-scolaire : .....		
Autorisations signées : Autorisation médicale, Droit à l'image et Sortie		
Vaccinations DTP à jour		

## ENFANTS INSCRITS AU PERISCOLAIRE

NOM	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe	
				Niveau	Enseignant

## RESPONSABLES LEGAUX

	Père	Mère
NOM Prénom		
Téléphone Travail		
Portable		
Téléphone Domicile		
Adresse mail		
Adresse postale		

## FACTURATION:

- Mensuelle, au réel des créneaux consommés, à régler sous 10 jours
- Une cotisation annuelle de 10 € par famille (peu importe le nombre d'enfants) est demandé pour l'inscription des enfants au Périscolaire. Cette cotisation sera intégrée à la première facture (pas de chèque nécessaire avec ce dossier d'inscription).

## SEMAINE TYPE

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<b>MATIN</b> à partir de ...				
<b>APRES MIDI</b> jusqu'à ...				

- Mon enfant sera présent le matin de la rentrée aux horaires indiqués



# ACCUEIL PERISCOLAIRE 2019- 2020

Tél. 06 06 44 50 54

## SANTE / ENFANT

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (à faire tous les 5 ans) :  
(Prénom, date) :  
.....  
(Prénom, date) :  
.....  
(Prénom, date) :  
.....

Observations (contre médicales, régimes, allergies, traitements médicamenteux, PAI, etc.)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Médecin traitant : ..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : .....

---

### Liste des adultes autorisés à venir chercher l'enfant :

- .....
- .....
- .....

---

## VALIDATION INSCRIPTION

Je soussigné(e) ....., père, mère, responsable légal (1), déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'accueil périscolaire et du règlement intérieur. Une cotisation de 10 € sera demandée à l'établissement de la première facture.

Signature (Précédée de la mention lu et approuvé)



# ACCUEIL PERISCOLAIRE 2019- 2020

Tél. 06 06 44 50 54

## AUTORISATION DES PARENTS : INTERVENTIONS MEDICALES (OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e) ....., père, mère, responsable légal (1), autorise le responsable de l'activité périscolaire à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés (y compris intervention chirurgicale).

Signature (Précédée de la mention lu et approuvé) :

---

---

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) ....., père, mère, responsable légal (1), autorise l'association du Périscolaire de Saint Sorlin en Bugey à publier des photos de l'enfant prises au cours des activités Périscolaire sur des supports multimédia et sans limitation de durée.

Fait à St Sorlin en Bugey, le .....

Signature (Précédée de la mention lu et approuvé) :

---

---

## AUTORISATION DE SORTIE SEULE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) ....., père, mère, responsable légal (1) autorise mon enfant ..... âgé de ..... ans à sortir seul de l'accueil périscolaire.

Fait à St Sorlin en Bugey, le .....

Signature (Précédée de la mention lu et approuvé) :

(1) Rayer la mention inutile.