



INSCRIPTION PERISCOLAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

FAMILLE :

RESPONSABLE 1 (Père, mère, représentant légal) *(Rayer les mentions inutiles)*

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire – Marié(e) – Pacsé (e) – Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

NOM et PRENOM

DATE DE NAISSANCE **obligatoire**

Adresse complète

Code Postal : Commune :

Téléphone Portable : Domicile :

Courriel (mail) **obligatoire** :

Profession **obligatoire** :

Nom et adresse de l'Employeur :

Téléphone professionnel :

RESPONSABLE 2 (Père, mère, représentant légal) *(Rayer les mentions inutiles)*

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire – Marié(e) – Pacsé (e) – Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

NOM et PRENOM

DATE DE NAISSANCE **obligatoire**

Adresse complète

Code Postal : Commune :

Téléphone : Portable : Domicile :

Courriel (mail) **obligatoire** :

Profession **obligatoire** :

Nom et adresse de l'Employeur :

Nom et adresse de l'Employeur :

Téléphone professionnel :

N° D'ALLOCATAIRE CAF :



Je soussigné (e)
(Père, mère, représentant légal) (Rayer les mentions inutiles)

Déclare ne pas pouvoir garder mon enfant (ou mes enfants) avant ou après l'école,
Demande l'inscription au service d'accueil périscolaire (un à quatre jours par semaine le matin et / ou le soir) pendant l'année scolaire :

- **LUNDI :** **Matin** / **Soir**
- **MARDI :** **Matin** / **Soir**
- **JEUDI :** **Matin** / **Soir**
- **VENDREDI :** **Matin** / **Soir**

(Rayer les mentions inutiles)

EN CAS DE GARDE PARTAGEE OU ALTERNEE, MERCI DE NOUS FOURNIR IMPERATIVEMENT UN PLANNING POUR L'ANNEE SCOLAIRE :

- SEMAINE PAPA
- SEMAINE MAMAN

Nom et Prénom de l'enfant :

École :

Classe :

Nom et Prénom de l'enfant :

École :

Classe :

Nom et Prénom de l'enfant :

École :

Classe :

Nom et Prénom de l'enfant :

École :

Classe :



PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et PRENOM

Adresse :

Téléphone : Portable : Travail :

EN CAS D'ACCIDENT OU D'INDISPOSITION GRAVE :

J'autorise les responsables du SIRP à faire appel aux urgences médicales (Pompiers, Samu) qui transféreront mon enfant dans un établissement hospitalier le plus proche selon leur diagnostic.

PERSONNE(S) HABILITÉE(S) À PRENDRE LES ENFANTS À LA SORTIE AUTRE QUE LE(S) PARENTS OU REPRÉSENTANT(S) LÉGAL (LÉGAUX) :

Nom, prénom :

Téléphone :

Nom, prénom :

Téléphone :

Nom, prénom :

Téléphone :

DÉCHARGE POUR REPRISE D'UN ENFANT PAR UN(E) MINEUR(E) :

Nom prénom du ou de la mineur(e) :

Téléphone :

Je déclare m'engager à signaler par écrit au SIRP tout changement dans les renseignements ci-dessus.
Je déclare avoir pris connaissance du règlement et l'avoir accepté.

À SAINT AUGUSTIN, le

Nom et Prénom du (des) parent(s) ou du (des) représentant(s) légal (légaux)

.....

Signatures