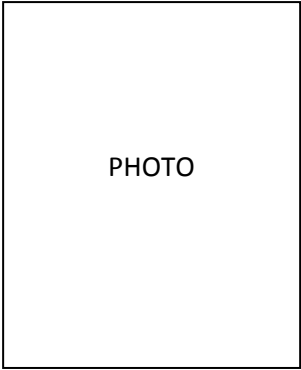




MAIRIE DE GARGENVILLE



DOSSIER D'INSCRIPTION
ACTIVITES PERISCOLAIRE

NOM DE L'ENFANT.....

PRESTATIONS

Accueil périscolaire matin De 7h00 à 8h35 en fonction des écoles
Accueil périscolaire soir de 16h30 à 19h00

Etudes surveillées de 17h00 à 18h00
Oui Non

Animation pour les enfants participant à l'étude De 16h30 à 17h00 - Goûter De 18h00 à 19h00 - Sortie possible
Oui Non

Accueil de loisirs (3 à 10 ans)
Mercredi
Vacances Scolaires

Transport matin

Point de montée

- Céramique
Av. Jean Jaurès 1
Av. Victor Hugo
Château Rangiport
Pierre Brossolette
La Pointe
Ecole Corneille
Avenue Thiers
Raoul Pugno
Ecole Molière

Transport soir

Point de descente

- Céramique
Av. Jean Jaurès 1
Av. Victor Hugo
Château Rangiport
Pierre Brossolette
La Pointe
Ecole Corneille
Avenue Thiers
Raoul Pugno
Ecole Molière

J'autorise mon (mes) enfant(s) à quitter seul l'arrêt du bus
Oui Non

Restauration
Oui Non

Sans Porc

[checkbox]

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

Ecole fréquentée : Nom \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_


**PERE DE L'ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse  
\_\_\_\_\_

 Domicile |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Portable |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Mail : \_\_\_\_\_

Employeur - Nom & adresse :  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Autre situation, préciser : \_\_\_\_\_


**MERE DE L'ENFANT**

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse (si différente du père)  
\_\_\_\_\_

 Domicile |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Portable |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Mail : \_\_\_\_\_

Employeur - Nom & adresse :  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Autre situation, préciser : \_\_\_\_\_

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Médecin traitant :**

.....

Adresse : .....

Tél. ....

**Vaccinations :**

Groupe Sanguin : .....

BCG : .....

Test : .....

DTCP : .....

Date du rappel : .....

ROR : .....

Autres : .....

**Allergies :**

Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire

L'enfant est-il suivi par un allergologue ? Oui  Non

L'enfant présente t-il une pathologie qui nécessite un traitement médical régulier ? Oui  Non

**Personnes majeures à prévenir en cas d'incident et autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) au sein des structures.**

<i>Nom et Prénom</i>	<i>Qualité</i>	<i>Téléphone</i>

## **DROIT A L'IMAGE**

Certains évènements seront couverts par la prise de photographies ou de films lors des manifestations encadrées par les équipes d'animation.

Votre enfant devra bénéficier de votre autorisation pour un éventuel passage à la télévision, une photo dans un journal, une diffusion vidéo ou d'une exposition.

J'accepte

Je n'accepte pas

Que mon enfant puisse être photographié ou filmé lors des manifestations encadrées par les équipes d'animation et autorise la diffusion de ces images sur divers supports de communication (journaux, télévisions, expositions....).

**En cas d'urgence, j'autorise le personnel encadrant à prendre toute mesure jugée utile au cas où mon (mes) enfant(s) aurait (aient) besoin de soins et si nécessaire le faire hospitaliser.**

**Je déclare avoir pris connaissance du (des) règlement (s) intérieur (s), l'(es) avoir signé(s), et retourné le coupon en Mairie au service Scolaire.**

**Je m'engage à le(s) respecter.**

**Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés et notamment ceux relatifs à ma situation familiale.**

Date .....

Nom et Prénom .....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Attestation d'assurance (si souscription)

Photo d'identité

Avis d'imposition 2011 sur les revenus 2010

Attestation de paiement CAF