



DOSSIER D'INSCRIPTION

Cantine, Accueil périscolaire, Accueil de Loisirs de Merlevenez

Année scolaire 2018/2019

- ne pas remplir -

Fiche sanitaire de liaison Copies du carnet de santé Attestation d'assurance Numéro Allocataire
CAF ou attestation MSA

CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse de l'enfant : _____

Code postal : _____ Commune : _____

École fréquentée : (année scolaire **2018-2019**)

Maternelle : publique Notre Dame de Joie autre

Élémentaire : publique Notre Dame de Joie autre

Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

IMPORTANT: LES RESERVATIONS CANTINE ET ALSH SE FONT UNIQUEMENT SUR INTERNET. IL EST DONC IMPERATIF DE NOUS TRANSMETTRE UNE ADRESSE MAIL VALIDE

• **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

En qualité de : Père Mère Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Contact :  Domicile : _____

 Portable : _____

 Travail : _____

@ Courriel : _____

Allocataire des prestations familiales : OUI NON

Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : _____

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON (si non autorisé, joindre la décision judiciaire)

• **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

En qualité de : Père Mère Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Contact :  Domicile : _____

 Portable : _____

 Travail : _____

@ Courriel : _____

Allocataire des prestations familiales : OUI NON

Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : _____

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON (si non autorisé, joindre la décision judiciaire)

MODES DE PAIEMENT :

Chèques : OUI NON
Espèces : OUI NON
Prélèvement bancaire automatique : OUI NON
joindre le mandat de prélèvement SEPA et un relevé d'identité bancaire

URGENCES MÉDICALES

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Si accident j'autorise le transport de mon enfant au Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient : OUI NON

Autre, préciser: _____

J'autorise les médecins à pratiquer les soins médicaux ou chirurgicaux en cas d'accident ou d'urgence : OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les responsables légaux) et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie:

Nom, Prénom : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

Nom, Prénom : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

LES INSCRIPTIONS PRÉVISIONNELLES POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017:

• Inscriptions au restaurant scolaire :

OUI (même occasionnellement) NON

• Inscriptions à l'accueil périscolaire (garderie avant et après l'école) :

OUI (même occasionnellement) NON

• Inscriptions à l'accueil de loisirs (Le tarif appliqué est déterminé à partir de votre quotient familial. Sans cet élément, vous serez automatiquement facturé au tarif le plus élevé.):

OUI (même occasionnellement) NON

OBLIGATOIRE : CAF N° allocataire : _____

Ou **OBLIGATOIRE** : MSA, autre : Joindre une copie du document indiquant le quotient familial



DOSSIER D'INSCRIPTION

Cantine, Accueil périscolaire, Accueil de Loisirs de Merlevenez

Année scolaire 2018/2019

- ne pas remplir -

Fiche sanitaire de liaison Copies du carnet de santé Attestation d'assurance Numéro Allocataire
CAF ou attestation MSA

CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse de l'enfant : _____

Code postal : _____ Commune : _____

École fréquentée : (année scolaire **2018-2019**)

Maternelle : publique Notre Dame de Joie autre

Élémentaire : publique Notre Dame de Joie autre

Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

**IMPORTANT: LES RESERVATIONS CANTINE ET ALSH SE FONT UNIQUEMENT SUR INTERNET. IL EST
DONC IMPERATIF DE NOUS TRANSMETTRE UNE ADRESSE MAIL VALIDE**

• **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

En qualité de : Père Mère Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Contact :  Domicile : _____

 Portable : _____

 Travail : _____

@ Courriel : _____

Allocataire des prestations familiales : OUI NON

Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : _____

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON (si non autorisé, joindre la décision judiciaire)


• **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

En qualité de : Père Mère Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Contact :  Domicile : _____

 Portable : _____

 Travail : _____

@ Courriel : _____

Allocataire des prestations familiales : OUI NON

Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : _____

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON (si non autorisé, joindre la décision judiciaire)

MODES DE PAIEMENT :

Chèques : OUI NON
Espèces : OUI NON
Prélèvement bancaire automatique : OUI NON
joindre le mandat de prélèvement SEPA et un relevé d'identité bancaire

URGENCES MÉDICALES

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Si accident j'autorise le transport de mon enfant au Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient : OUI NON

Autre, préciser: _____

J'autorise les médecins à pratiquer les soins médicaux ou chirurgicaux en cas d'accident ou d'urgence : OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les responsables légaux) et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie:

Nom, Prénom : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

Nom, Prénom : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

LES INSCRIPTIONS PRÉVISIONNELLES POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017:

• Inscriptions au restaurant scolaire :

OUI (même occasionnellement) NON

• Inscriptions à l'accueil périscolaire (garderie avant et après l'école) :

OUI (même occasionnellement) NON

• Inscriptions à l'accueil de loisirs (Le tarif appliqué est déterminé à partir de votre quotient familial. Sans cet élément, vous serez automatiquement facturé au tarif le plus élevé.):

OUI (même occasionnellement) NON

OBLIGATOIRE : CAF N° allocataire : _____

Ou **OBLIGATOIRE** : MSA, autre : Joindre une copie du document indiquant le quotient familial



DOSSIER D'INSCRIPTION

Cantine, Accueil périscolaire, Accueil de Loisirs de Merlevenez

Année scolaire 2018/2019

- ne pas remplir -

Fiche sanitaire de liaison Copies du carnet de santé Attestation d'assurance Numéro Allocataire
CAF ou attestation MSA

CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse de l'enfant : _____

Code postal : _____ Commune : _____

École fréquentée : (année scolaire **2018-2019**)

Maternelle : publique Notre Dame de Joie autre

Élémentaire : publique Notre Dame de Joie autre

Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

**IMPORTANT: LES RESERVATIONS CANTINE ET ALSH SE FONT UNIQUEMENT SUR INTERNET. IL EST
DONC IMPERATIF DE NOUS TRANSMETTRE UNE ADRESSE MAIL VALIDE**

• **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

En qualité de : Père Mère Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Contact :  Domicile : _____

 Portable : _____

 Travail : _____

@ Courriel : _____

Allocataire des prestations familiales : OUI NON

Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : _____

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON (si non autorisé, joindre la décision judiciaire)

• **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

En qualité de : Père Mère Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Contact :  Domicile : _____

 Portable : _____

 Travail : _____

@ Courriel : _____

Allocataire des prestations familiales : OUI NON

Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : _____

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON (si non autorisé, joindre la décision judiciaire)

MODES DE PAIEMENT :

Chèques : OUI NON
Espèces : OUI NON
Prélèvement bancaire automatique : OUI NON
joindre le mandat de prélèvement SEPA et un relevé d'identité bancaire

URGENCES MÉDICALES

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Si accident j'autorise le transport de mon enfant au Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient : OUI NON

Autre, préciser: _____

J'autorise les médecins à pratiquer les soins médicaux ou chirurgicaux en cas d'accident ou d'urgence : OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les responsables légaux) et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie:

Nom, Prénom : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

Nom, Prénom : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

LES INSCRIPTIONS PRÉVISIONNELLES POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017:

• Inscriptions au restaurant scolaire :

OUI (même occasionnellement) NON

• Inscriptions à l'accueil périscolaire (garderie avant et après l'école) :

OUI (même occasionnellement) NON

• Inscriptions à l'accueil de loisirs (Le tarif appliqué est déterminé à partir de votre quotient familial. Sans cet élément, vous serez automatiquement facturé au tarif le plus élevé.):

OUI (même occasionnellement) NON

OBLIGATOIRE : CAF N° allocataire : _____

Ou **OBLIGATOIRE** : MSA, autre : Joindre une copie du document indiquant le quotient familial