



RENSEIGNEMENTS PARENTS

Mère		Père	
NOM	<input type="text"/>	NOM	<input type="text"/>
PRENOM	<input type="text"/>	PRENOM	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>	ADRESSE	<input type="text"/>
n° Domicile	<input type="text"/>	n° Domicile	<input type="text"/>
n° Portable	<input type="text"/>	n° Portable	<input type="text"/>
n° PROFESS/Nom Employeur	<input type="text"/>	n° PROFESS/Nom Employeur	<input type="text"/>
n° Sécurité Sociale	<input type="text"/>	n° Sécurité Sociale	<input type="text"/>
COURRIEL @	<input type="text"/>	COURRIEL @	<input type="text"/>
Autorisations: j'autorise... la consultation du site CAFPRO	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisations: j'autorise... la consultation du site CAFPRO	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisations: j'autorise... la prise de photos pour les présences	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisations: j'autorise... la prise de photos pour les présences	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisations: j'autorise... l'envoi de la facture par mail	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisations: j'autorise... l'envoi de la facture par mail	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

NOMBRE D'ENFANTS TOTAL A CHARGE :

ASSURANCE SCOLAIRE

Nom Assurance Scolaire N° DE CONTRAT

PLANNING PREVISIONNEL DE FREQUENTATION DU MERCREDI (*) cocher les cases concernées

Heures	fréquentation régulière	fréquentation occasionnelle	Heures	fréquentation régulière*	fréquentation occasionnelle	(colonne réservée à la Commune)
7h15 - 7h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12h30 - 13h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAIEMENT FORFAIT ANNUEL
7h30 - 8h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13h - 13h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Journée <input type="checkbox"/>
8h - 8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13h30 - 14h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2 Journée <input type="checkbox"/>
8h30 - 9h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14h - 14h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9h - 9h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14h30 - 15h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAIEMENT TARIF OCCASIONNEL
9h30 - 10h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15h - 15h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Journée <input type="checkbox"/>
10h - 10h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15h30 - 16h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2 Journée <input type="checkbox"/>
10h30 - 11h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16h - 16h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11h - 11h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16h30 - 17h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11h30 - 12h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17h - 17h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12h - 12h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17h30 - 18h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18h - 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS ENFANTS

NOM	PRENOM	Date de naissance	lieu de naissance	classe
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

ALLERGIE ALIMENTAIRE OUI* NON* ALLERGENE : Enfant concerné : (*) cocher la bonne case

PERSONNES AYANT DROIT POUR PRENDRE EN CHARGE VOS ENFANTS A LA SORTIE DE LA GARDERIE (autres que Parents)

NOM	PRENOM	ADRESSE	QUALITE (oncle, mamie...)	n° tél
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE OU D'ACCIDENT (autres que Parents)

NOM	PRENOM	ADRESSE	QUALITE (oncle, mamie...)	n° tél
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDECIN A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	PRENOM	ADRESSE	n° tél
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SOUHAITE (dans la mesure où celui-ci n'est pas imposé par les services de sécurité)

NOM	ADRESSE	n° tél
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR (à signer)

Monsieur & Madame certifient avoir réceptionné et lu le règlement intérieur de l'Accueil Communal du Mercredi qui leur a été remis en annexe de la fiche d'inscription.
 Ils certifient l'exactitude de tous les renseignements demandés et inscrits sur la fiche d'inscription et s'engagent à faire part aux animatrices ou à la Commune de Distré de tous changements d'informations temporaires ou définitifs dans les meilleurs délais.
 Ils déclarent en outre, accepter intégralement et sans réserve tous les articles du dit règlement intérieur.
 Fait le ... à Signatures des 2 parents (précédées de la mention "Lu et Approuvé")

L'inscription ne sera déclarée définitive qu'à réception des fiches d'inscription et sanitaire renseignées avec le quotient familial et le n° d'allocataire