

AUTORISATIONS PARENTALES

- Je, soussigné, **autorise** les responsables de l'Accueil Périscolaire (APS) et du Restaurant Scolaire à prendre le cas échéant toutes les mesures : traitements médicaux, hospitalisation et interventions chirurgicales, rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou mes enfant(s) pendant les heures d'ouverture de l'Accueil Périscolaire et du Restaurant Scolaire.

- Je, soussigné, **informe** que mon ou mes enfant(s) seront régulièrement amenés à l'APS

le matin par (*Nom et tél*).....
et repris le soir par (*Nom et tél*).....

Personnes à prévenir en cas d'urgence ou de retard :

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Mon enfant est assuré responsabilité civile et individuelle accident par
(Fournir une copie de l'attestation d'assurance)

l'assurance de l'école :N°

notre assurance :N°

Fait à ABBARETZ, le2015

Signature(s) : Père Mère

REGLEMENTS INTERIEURS

Je, soussigné, **certifie** avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'Accueil Périscolaire et du Restaurant Scolaire d'ABBARETZ, et en accepte tous les termes.

Fait à ABBARETZ, le2015

Signature(s) : précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :

Père

Mère

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

N° Sécurité Sociale couvrant le(s) enfant(s) :

N° Allocataire CAF / MSA :

QUOTIENT FAMILIAL :€

(copie dernière notification CAF ou MSA obligatoire)

Contre - Indication Médicale à signaler Absolument (Allergie, Asthme, ...)

.....

.....

Votre enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?

OUI

NON

Signature(s) : Père

Mère

INSCRIPTIONS 2015/2016

Mr et/ou Mme :

Père Mère Tuteur

Adresse :

.....

Tél : Mobile :

Mail :@.....

ECOLE :

Inscrit / Inscrivent leur(s) enfant(s) :

.....né le :Classe

.....né le :Classe

.....né le :Classe

À L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

*(*Cocher l'option retenue)*

lundi matin à partir de..... lundi soir jusqu'à.....

mardi matin à partir de..... mardi soir jusqu'à.....

jeudi matin à partir de..... jeudi soir jusqu'à

vendredi matin à partir de..... vendredi soir jusqu'à.....

Observations :

AU RESTAURANT SCOLAIRE

*(*Cocher l'option retenue)*

lundi mardi jeudi vendredi

Observations :

Observations :

Il appartient aux parents ou représentant légal de prévenir de tout changement concernant l'inscription et autre renseignement concernant leur(s) enfant (s) au **02 40 51 47 85**.

Mairie d'ABBARETZ

22, rue de la Mairie 44170 ABBARETZ

Tel : 02 40 87 00 13 Fax : 02 40 87 01 57

mairie@abbaretz.fr