

## ***AUTORISATIONS PARENTALES***

- Je, soussigné, **autorise** les responsables de l'Accueil Périscolaire (APS), du Restaurant Scolaire et des Temps d'Activités Péri-éducatives à conduire mon ou mes enfant(s) de l'Accueil Périscolaire à l'école, le matin, de l'école à l'Accueil Périscolaire, le soir, au Restaurant Scolaire le midi ainsi que dans les lieux d'exercices des Activités Péri-éducatives.

- Je, soussigné, **autorise** les responsables 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, du Restaurant Scolaire et des Temps d'Activités Péri-éducatives.

- 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, le .....2015

**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, le .....2015

**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 notification CAF ou MSA 2014 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.....

mercredi matin à partir de.....

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 :** .....

## **TEMPS D'ACTIVITES PERI-EDUCATIVES ECOLE LOUIS DAVY**

### **INSCRIPTION PERIODE 1er SEPTEMBRE 2015 / 16 OCTOBRE 2015**

*(\*Cocher l'option retenue)*

16h / 16h50      lundi mardi jeudi

15h / 16h50      vendredi

CAR : oui / non    (rayer la mention inutile)

*Rappel : l'inscription est obligatoire par période de vacances à vacances. Un formulaire d'inscription sera à remplir avant chaque vacance scolaire.*

Les temps d'activités facultatifs sont gratuits. La gratuité des animations est maintenue compte tenu du fonds d'amorçage de l'Etat reconduit en 2015/2016.

### **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*