

**COMMUNE DE MAREUIL LE PORT**

**INSCRIPTIONS 2019/2020**

**CENTRE DE LOISIRS**

**RESTAURATION – SURVEILLANCE MATIN/SOIR - GARDERIE MERCREDI**

**PARENTS**

<b><u>Nom prénom père et mère (nom de jeune fille pour la mère)</u></b>	<b><u>Date de Naissance</u></b>	<b><u>Adresse</u></b>	<b><u>N° téléphone</u></b>	
			<b><u>Fixe</u></b>	<b><u>Portable</u></b>
<b><u>Adresse mail de la personne à contacter</u></b>				

**ETES VOUS MARIÉS** : OUI ou NON (entourer la mention utile)

**PROFESSION DES PARENTS**

<b><u>Profession</u></b>	<b><u>Nom de l'Entreprise Code Postal et Ville</u></b>
<b><u>Père</u></b> :	
<b><u>Mère</u></b> :	

**LEQUEL DES PARENTS EST ALLOCATAIRE** : Père ou Mère (entourer la mention utile)

<b><u>Caisse ( CAF ou MSA)</u></b>	<b><u>N° Allocataire</u></b>

**QUI EST LE PAYEUR POUR LES SERVICES RETENUS** : Père ou Mère (entourer la mention utile)

**ENFANTS CONCERNES PAR LES INSCRIPTIONS AUX DIFFERENTS SERVICES**

<b><u>Nom Prénom</u></b>	<b><u>Date de Naissance</u></b>	<b><u>Lieu de Naissance</u></b>	<b><u>Adresse</u></b>	<b><u>Classe fréquentée à la rentrée</u></b>

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ( 3 personnes maxi, comprenant les parents)**

<b><u>Nom Prénom</u></b>	<b><u>Lien de parenté avec l'enfant</u></b>	<b><u>N° de téléphone</u></b>

### SERVICES RETENUS

#### CENTRE DE LOISIRS D'ETE (pour les enfants de la commune et extérieurs à la commune)

Toutes les semaines retenues sont dues. (mettre une croix dans les cases utiles)

Prénom de l'enfant	1 <sup>ère</sup> semaine du 08.07 au 12.07		2 <sup>ème</sup> semaine Du 15.07 au 19.07		3 <sup>ème</sup> semaine Du 22.07 au 26.07	
	Avec repas	Sans repas	Avec repas	Sans repas	Avec repas	Sans repas

#### RESTAURATION EN PERIODE SCOLAIRE (mettre une croix dans les cases utiles)

La fréquentation doit être régulière toute l'année

Prénom de l'enfant	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

#### LES AUTRES SERVICES (mettre une croix dans les cases utiles)

Pour ces services, une fiche de présence sera à rendre tous les 20 du mois valable pour le mois d'après.

Prénom de l'enfant	Surveillance matin		Surveillance soir		Garderie mercredi		
	Oui	Non	Oui	Non	Matin	Repas	Après- midi

### INFORMATIONS MEDICALES

#### MEDECIN TRAITANT

Nom, code postal et ville :

#### VACCINS (mentionner la date du dernier vaccin)

ENFANTS	BCG	DT Polio	ROR	Coqueluche	Haemophilus	Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque

#### MALADIES (cocher les cases utiles)

ENFANTS	ANGINE	COQUELUCHE	VARICELLE	RUBEOLE	ASTHME	RHUMATISME	OTITE

#### RECOMMANDATIONS MEDICALES QUE VOUS JUGEZ UTILES :

(Port de lunettes, port d'appareil dentaire, hospitalisation, régime alimentaire etc ...)

ENFANTS	RECOMMANDATIONS

Date et signature