

**COMMUNE DE MAREUIL LE PORT**

**INSCRIPTIONS 2020/2021**

**CENTRE DE LOISIRS**

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

**PARENTS**

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

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

**PROFESSION DES PARENTS**

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

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

<b>Caisse ( CAF ou MSA)</b>	<b>N° Allocataire</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>Nom Prénom</b>	<b>Date de Naissance</b>	<b>Lieu de Naissance</b>	<b>Adresse</b>	<b>Classe fréquentée à la rentrée</b>

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

Nom Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	N° de téléphone

Mairie de Mareuil-le-Port : 24, avenue Hubert Pierson – 51700 MAREUIL LE PORT – Tél. 03.26.58.30.94 – Télécopie : 03.26.51.02.99 – [mairie.mareuilleport@wanadoo.fr](mailto:mairie.mareuilleport@wanadoo.fr)

**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 06.07 au 10.07		2 <sup>ème</sup> semaine Du 13.07 au 17.07		3 <sup>ème</sup> semaine Du 20.07 au 24.07	
	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