

SIRET 333 928 414 00148

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE

NOM et PRENOM de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Votre enfant est-il allocataire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)? OUI  NON

Numéro allocataire CAF : \_ \_ \_ \_ \_ nom de l'allocataire : .....

Ecole maternelle :  ou école élémentaire :

NOM du parent 1 : .....

Nom du parent 2 : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél mobile : .....

Tél mobile : .....

Tél Travail : .....

Tél Travail : .....

Profession : .....

Profession : .....

 E-mail de Facturation : .....

Nom, Prénom et téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....

.....

J'autorise mon enfant à partir seul après les TAP (enfant de l'école élémentaire uniquement)

OUI

NON

Nom du Médecin de famille : ..... Tél : .....

Renseignements complémentaires qui méritent d'être portés à notre connaissance :

.....

J'autorise l'équipe d'animation à prendre toutes mesures nécessaires concernant mon enfant en cas d'urgence médicale.

Je soussigné, responsable de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce formulaire et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toute mesure prescrite par le médecin.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis.

Date :

Signature :



Temps d'Activités Périscolaires  
DE SAINT PATERNE RACAN  
Formulaire d'inscription 2024-2025



MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE

NOM et PRENOM de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Votre enfant est-il allocataire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)? OUI  NON

NOM du parent 1 : .....

Nom du parent 2 : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Tél mobile : .....

Tél mobile : .....

Tél Travail : .....

Tél Travail : .....

Profession : .....

Profession : .....

Nom, Prénom, parenté et téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....  
.....

J'autorise mon enfant à partir seul après les TAP (enfant de l'école élémentaire uniquement).

OUI

NON

Les TAP ont lieu de 13h30 à 14h30 pour les enfants de la maternelles et de 15h15 à 16h15 pour les élémentaires.

Les petites sections ne participent pas aux TAP.

J'inscris mon enfant aux TAP les jours suivants :

MARDI

JEUDI

VENDREDI

Nom du médecin de famille : ..... Tél : .....

Renseignements complémentaires qui méritent d'être portés à notre connaissance :

.....

J'autorise l'équipe d'animation à prendre toutes mesures nécessaires concernant mon enfant en cas d'urgence médicale.

Je soussigné, responsable de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce formulaire et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toute mesure prescrite par le médecin.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis.

Date :

Signature :