

**ÉCOLE MATERNELLE ANNE FRANK
FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION
RESTAURATION SCOLAIRE/ACCUEIL PÉRISCOLAIRE**

À REMPLIR LISIBLEMENT ET EN LETTRES MAJUSCULES, MERCI.

Si la fiche contient des erreurs, apporter les corrections au stylo rouge UNIQUEMENT

La fiche d'inscription incomplète ou non remise dans les délais fixés ne sera pas prise en considération.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Année scolaire:	Classe:	Enseignant:
Année scolaire:	Classe:	Enseignant:
Année scolaire:	Classe:	Enseignant:

Nom de l'enfant:	Prénom:
Date de naissance:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

PARENT(S) OU AUTRE RESPONSABLE LÉGAL:

	PARENT 1	PARENT 2	Autre responsable (qui a en charge l'enfant)
Nom			
Prénom			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve
Profession			
Adresse			
Tél domicile			
Tél professionnel			
Tél portable			
Mail			

RESTAURATION SCOLAIRE:

J'inscris mon enfant au restaurant scolaire : OUI NON

INSCRIPTION RÉGULIÈRE. Dans ce cas, je coche obligatoirement le(s) jours choisi(s)
 lundi **Mardi** **Jeudi** **Vendredi**

INSCRIPTION PONCTUELLE (limité à 1 ou 2 repas par mois) Prévenir obligatoirement avant 9h.

DEMANDE DE REPAS SPECIFIQUES **SANS PORC** **SANS VIANDE**

TRANSPORT SCOLAIRE DU SISS:

Mon enfant utilise le transport scolaire du SISS OUI NON

SERVICE PERISCOLAIRE: (Matin et soir)

Mon enfant utilisera l'accueil périscolaire matin et/ou soir OUI NON
 Constitution **OBLIGATOIRE** d'un dossier auprès de Mme DUBOURG Virginie

INFORMATION FACTURATION:

Nom qui apparaîtra sur la facture:

Adresse à laquelle la facture sera adressée:

Commune: CP:

N° ALLOCATAIRE CAF (sur lequel est rattaché l'enfant):

N° AUTRE REGIME (MSA...):

ACCEPTÉ de recevoir les factures mensuelles
 Par Mail :
 Par Courrier:

GARDE ALTERNÉE:

Pour une facturation différenciée, préciser le mode de facturation

SEMAINE PAIRE	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2	PAYEUR	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2
SEMAINE IMPAIRE	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2	PAYEUR	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (à la sortie du périscolaire ou en cas d'urgence).

Autres que les parents. Attention une pièce d'identité sera demandée.

Nom/Prénom:	Tél:
Lien avec l'enfant:	MAJEUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINEUR Age:
Nom/Prénom:	Tél:
Lien avec l'enfant:	MAJEUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINEUR Age:
Nom/Prénom:	Tél:
Lien avec l'enfant:	MAJEUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINEUR Age:

