

DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil du matin et du soir
Restaurant scolaire
NAP (Nouvelles Activités Péricolaires)

ATTENTION
TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
SEXE : F M
DATE DE NAISSANCE : _____

LA FAMILLE

RESPONSABLE 1 : Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville et CP : _____
N° tel fixe : _____ N° portable : _____ @ _____
Employeur _____ Ville : _____ N° Tel PRO : _____

RESPONSABLE 2 : Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville et CP : _____
N° tel fixe : _____ N° portable : _____ @ _____
Employeur _____ Ville : _____ N° Tel PRO : _____

Situation familiale : Marié Vie maritale Divorcé Veuf Pacsé Séparé

En cas de séparation, l'autorité parentale est-elle exercée conjointement ? OUI NON

Si NON, merci de fournir l'acte de jugement.

AUTRE RESPONSABLE : Nom de l'organisme : _____
Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____
Adresse : _____ Ville et CP : _____
N° tel fixe : _____ N° portable : _____ @ _____
Employeur _____ Ville : _____ N° Tel PRO : _____

Régime d'appartenance : CAF MSA AUTRE

Numéro d'allocataire : _____ (fournir une attestation avec le montant du quotient familial)

Le tarif maximum sera automatiquement appliqué aux familles qui ne fourniront pas un justificatif de leur quotient familial

Assurance COPIE A FOURNIR

Assureur : _____ N° de contrat : _____

document à télécharger sur le site <http://www.blere-touraine.com>