

## DEPANNAGE

### ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M / F  
Né(e) le : .... / .... / ..... Langue maternelle : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Degré scolaire année 2019/2020 (harmos) : \_\_\_\_\_ Enseignant (e) : \_\_\_\_\_

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

**MÈRE ou PÈRE :**Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE NÉCESSITÉ ET/OU D'URGENCE :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél. dom. / portable : \_\_\_\_\_

### INSCRIPTION AUX PLAGES HORAIRES

	06h40 - 07h50	07h50 – 11h40	11h40 – 13h40	13h40 – 15h25	15h25 – 18h30
Lundi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dates d'inscription souhaitées : \_\_\_\_\_

***NB : Les différentes plages horaires seront ouvertes sous réserve d'un nombre suffisant d'inscription.***

### SANTÉ DE L'ENFANT

Souffre-t-il d'une maladie ou d'allergie ? :  oui  non Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  
Est-il actuellement en traitement médical ? :  oui  non Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
Suit-il un régime alimentaire particulier ? :  oui  non Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

***NB : L'accueil ne donne pas de médicaments spontanément sans l'autorisation orale ou écrite des parents.***

### IMPORTANT

Pour les dépannages, le tarif maximum sera facturé, la Commune se réserve le droit de demander le paiement comptant si nécessaire.

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

J'ai/nous avons pris connaissance des conditions et règlements de l'accueil et je/nous certifie/certifions que les renseignements sont exacts.  oui

J'autorise/nous autorisons le personnel de l'AES à publier des photos sur lesquelles notre enfant apparaît  oui

Par ma/nos signature/s, j'ai/nous avons pris connaissance des conditions et règlements de l'accueil et je/nous certifie/certifions que les renseignements sont exacts.

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature(s) : \_\_\_\_\_

***La présente inscription fait office de contrat et de confirmation d'inscription.***