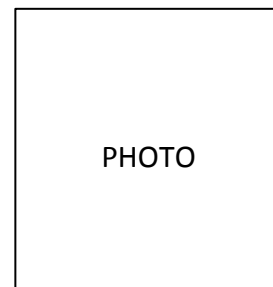




Ville de Carling

DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2021 / 2022

Résidence des Lys d'Or
3 rue de la Frontière
57490 Carling
☎ 03.87.82.37.11



Nom, prénom enfant 1 : Né(e) le : Sexe : **M** **F**

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande

Allergies alimentaires (à préciser) :

Ecole : Elémentaire Maternelle Classe : Enseignant :

Recommandations des parents :

L'enfant est autorisé à rentrer seul par ses propres moyens : Oui Non

Nom, prénom enfant 2 : Né(e) le : Sexe : **M** **F**

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande

Allergies alimentaires (à préciser) :

Ecole : Elémentaire Maternelle Classe : Enseignant :

Recommandations des parents :

L'enfant est autorisé à rentrer seul par ses propres moyens : Oui Non

Nom, prénom enfant 3 : Né(e) le : Sexe : **M** **F**

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande

Allergies alimentaires (à préciser) :

Ecole : Elémentaire Maternelle Classe : Enseignant :

Recommandations des parents :

L'enfant est autorisé à rentrer seul par ses propres moyens : Oui Non

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT / DES ENFANTS

	Mère <input type="checkbox"/> Responsable de l'enfant	Père <input type="checkbox"/> Responsable de l'enfant
Nom / Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile :		
Tél. portable :		
Tél. professionnel :		
Courriel :		

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)
 Vie maritale PACS Autre

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

Régime social :

N° Allocataire C.A.F. : Quotient familial : Enfant(s) à charge :

Nom et adresse des employeurs :

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de la compagnie : N° de contrat : N° Téléphone :

Personnes autorisées de venir chercher mon / mes enfant(s) :

Nom / Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon / mes enfant(s).

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la structure à photographier et / ou filmer mon / mes enfants pour la création de souvenirs ou d'archives. Oui Non

J'autorise la structure à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, journaux locaux). Oui Non

Médecin traitant : Téléphone :

Fait à, le Signature :