



CLASSE :.....

**\* PRE-INSCRIPTIONS \***




**RESTAURATION SCOLAIRE / PERISCOLAIRE ECOLE MATERNELLE HENRI MATISSE**

NOM PRENOM : ..... Date de naissance :.....

ADRESSE : ..... COMMUNE :.....

MAIL : ..... @ ..... N° C.A.F :.....

Situation familiale : Mariés/ Divorcés/ Union libre/ Séparés/ PACS/ Célibataire/Veuf(ve). N° Sécurité sociale :.....

 <b>MERE : (nom, prénom)</b>	 <b>PERE : (nom, prénom)</b>	 <b>BEAUX-PARENTS de l'enfant : (nom, prénom)</b>
<b>Profession :</b>	<b>Profession :</b>	
DOMICILE :	DOMICILE :	DOMICILE :
PORTABLE :	PORTABLE :	PORTABLE :

Est-ce que votre enfant restera à la garderie du soir le jour de la rentrée ? OUI  NON

JOUR	PERISCOLAIRE MATIN 7h30-8h20	RESTAURATION	PERISCOLAIRE SOIR 17h15-18h30	*NE PAS OUBLIER DE FOURNIR LE PLANNING SUR PAPIER AU SERVICE DE LA GARDERIE PERISCOLAIRE*
LUNDI				
MARDI				
JEUDI				
VENDREDI				

**REPAS :  STANDARD OU  SANS VIANDE**

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON (Si oui joindre une ordonnance).

\*REPAS GLACIERE (PAI) : OUI NON \*ASTHME : OUI NON

⚙ ALLERGIES : \*MEDICAMENTEUSES/ALIMENTAIRE oui  non  Préciser : .....

⚙ Les difficultés de santé (Accident, crises convulsives, opération, etc...) : .....

⚙ Recommandations utiles des parents (Prothèses, lunettes....) : .....

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les parents.**

**\*Pour toute personne mineure fournir une attestation sur l'honneur avec nom, prénom, âge, filiation\*.**

NOM PRENOM	TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

Fait à Oraison le

Signature de la mère ou du père