

NOM DE LA FAMILLE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

PÈRE :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Mail :

Domicile : Portable :

Professionnel :

MÈRE :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Mail :

Domicile : Portable :

Professionnel :

Pour toute situation particulière, vous pouvez nous en informer soit par mail adjoints@mairie-stm.fr ou joindre un courrier cacheté à la fiche d'inscription

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE LE OU LES ENFANTS

Nom : Prénom : Tel.

Nom : Prénom : Tel.

Nom : Prénom : Tel.

IL EST IMPÉRATIF DE PRÉVENIR LES ANIMATRICES DE TOUTE MODIFICATION DÈS QUE POSSIBLE

Nous soussignés (Nom et prénom du père et de la mère) :

inscrivons notre (s) enfant (s) nommé (s) ci-dessus, à la **garderie périscolaire de Saint Trivier sur Moignans** selon les plages horaires indiquées ci-dessous, et ce, **pour l'intégralité de l'année scolaire 2020/2021**.

Nous attestons avoir pris connaissance et accepter :

- les tarifs communiqués par la mairie (voir règlement).
- le règlement intérieur de la garderie et nous engageons à en respecter les termes.

Fait à Saint Trivier sur Moignans, le

Signature du père :

Signature de la mère :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES ENFANTS :

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Médecin traitant :Tel:

PLANNING PREVISIONNEL ANNUEL DE FREQUENTATION :

LUNDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

MARDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

JEUDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

VENDREDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Médecin traitant :Tel:

PLANNING PREVISIONNEL ANNUEL DE FREQUENTATION :

LUNDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

MARDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

JEUDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

VENDREDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Médecin traitant :Tel:

PLANNING PREVISIONNEL ANNUEL DE FREQUENTATION :

LUNDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

MARDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

JEUDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....

VENDREDI
<input type="checkbox"/> Matin deh..... à 8 heures 20
<input type="checkbox"/> Soir de 16 heures 20 àh.....