



Contrat d'inscription

Merci de bien vouloir compléter avec soin ce contrat d'inscription. Les informations remises seront traitées avec la plus stricte confidentialité.

Fiche signalétique de l'enfant :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Assurance RC :

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) :

Classe :

Coordonnées de l'enseignant(e) :

Coordonnées de la mère ou du représentant légal :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Téléphone professionnel :

Adresse email :

Coordonnées du père ou du représentant légal :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Téléphone professionnel :

Adresse email :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Téléphone :



Participation à l'AES

Jours et horaire :

- Lundi (6h30 – 8h00) Lundi (8h00 – 11h40) Lundi (11h40-13h30) Lundi (13h30-15h10) Lundi (15h10-17h30) Lundi (17h30 -18h30.)
- Mardi (6h30 – 8h00) Mardi (8h00 – 11h40) Mardi (11h40-13h30) Mardi (13h30-15h10) Mardi (15h10 -17h30) Mardi (17h30 -18h30.)
- Mercredi (6h30 – 8h00) Mercredi (8h00 – 11h40)
- Jeudi (6h30-8h00) Jeudi (8h00-11h40) Jeudi (11h40-13h30) Jeudi (13h30-15h10) Jeudi (15h10-17h30) Jeudi (17h30-18h30)
- Vendredi (6h30-8h00) Vendredi (8h00-11h40) Vendredi (11h40-13h30) Vendredi(13h30-15h10) Vendredi (15h10-17h30) Vendredi (17h30-18h30)

Retour au domicile :

- Notre enfant effectuera seul le trajet du lieu d'accueil au domicile.
Merci de bien vouloir vous assurer qu'il parte à l'heure convenue lors de l'inscription.
- Notre enfant n'est pas capable d'effectuer seul le trajet du lieu d'accueil au domicile.
Noms des personnes qui viendront le chercher :

Informations complémentaires (confidentialité garantie) :

- Votre enfant souffre-t-il d'une maladie particulière oui non
Si oui, laquelle ?
- Présente-t-il des allergies (alimentaires ou autres) ? oui non
Si oui, lesquelles ?
- Suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non
Si oui, lequel ?
- Est-il actuellement sous traitement médical ? oui non
Si oui, lequel ?

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Nous attestons par la présente avoir pris connaissance du règlement de l'accueil extrascolaire de Fétigny.

Lieu et date

Signature(s) des parents ou du
Représentant légal

Merci de retourner ce contrat d'inscription à l'administration communale de Fétigny dans les plus brefs délais.