

# GARDERIE PERISCOLAIRE MAIRIE DE REGNY



## INSCRIPTION SERVICES PERISCOLAIRES 2017/2018

Nom et Prénom de l'enfant :

Classe fréquentée :

Nom , Prénom du père :	Nom , Prénom de la mère :
Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :
Numéro de tél : Domicile :	Numéro de tél : Domicile :
Portable :	Portable :
Travail :	Travail :

Autorisent les personnes citées ci-dessous à venir récupérer l'enfant :

Mr /Mme	Lien de parenté :	Tèl :
Mr /Mme	Lien de parenté :	Tèl :
Mr /Mme	Lien de parenté :	Tèl :



# GARDERIE PERISCOLAIRE MAIRIE DE REGNY

Mr et Mme .....

Parents de l'enfant : .....

Classe fréquentée : .....

Autorisent les responsables durant les temps de garderie périscolaire ,  
restaurant scolaire , études surveillées :

A présenter mon enfant à un médecin en cas de soins d'urgence .	OUI	NON
A dispenser un traitement médicamenteux à mon enfant si et seulement il y a présence d'ordonnance légale	OUI	NON
A prendre mon enfant en photo : celles-ci pourront être diffusées dans les journaux , site internet de la mairie .	OUI	NON
A laisser rentrer mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul à son domicile	OUI	NON

Votre enfant suit il un régime alimentaire : OUI NON

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires : OUI NON

Si oui préciser lesquelles :

A Régn y , le ...../...../.....

Signatures des parents :