

**MAIRIE
DE
DONZY**



**DEMANDE D'INSCRIPTION
AIDE AUX DEVOIRS
2020-2021**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Date de Naissance : _____ Nationalité : _____

Lieu de Naissance : _____ Département : _____

Classe : _____

Ecole fréquentée avant l'inscription en cours :

N° CAF : _____ MSA N° : _____

RESPONSABLES LEGAUX

MERE **AUTRE RESPONSABLE**

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Tél. dom. : _____

Adresse : _____ Tél. port. : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse empl. : _____ Tél. empl. : _____

Situation de famille : mariés pacsés union libre divorcés séparés célibataire veuf (ve)

PERE **AUTRE RESPONSABLE**

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Tél. dom. : _____

Adresse : _____ Tél. port. : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse empl. : _____ Tél. empl. : _____

Situation de famille : mariés pacsés union libre divorcés séparés célibataire veuf (ve)

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Dates des vaccinations obligatoires :

Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite : _____

Médecin Traitant : _____ Tél : _____

Observations concernant la santé de l'enfant : _____

Allergies : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

AUTRES ENFANTS A CHARGE

Nom	Prénom	Né(e) le	Si scolarisé : école :	Si scolarisé : classe

AIDE AUX DEVOIRS : CHOIX DU RESPONSABLE LEGAL

L'enfant participera au service de l'aide aux devoirs de 17h00 à 18h00 le :

LUNDI

JEUDI

Moyennant la somme de :

- 1.20 € de la séance par enfant

Ce service sera assuré à l'école maternelle. Afin de permettre aux parents qui en feront la demande de prise en charge de leur enfant par le personnel du service de garderie périscolaire de 18h00 à 18h30, cela est possible moyennant 0.40 €.

Mode de paiement :

Paiement en trésorerie

Prélèvement automatique

Paiement TIPI

DATE ET SIGNATURE

Je soussigné(e) Mr/Mmeatteste avoir pris connaissance que les enfants inscrits à l'aide aux devoirs auront l'**obligation** d'y participer aux jours d'inscription retenus. En cas d'absence, et à défaut de justificatif (ex : certificat médical...), le service sera facturé.

DATE :

SIGNATURE :

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e) : père mère tuteur, demande qu'en notre absence et en cas d'urgence, notre enfant soit transporté à nos frais à l'hôpital le plus proche.

Signature du père

Signature de la mère

Signature autre Responsable