

**MAIRIE DE SAÂCY SUR
MARNE**



INSCRIPTION PERISCOLAIRE

ANNEE 2019-2020

Nom **Prénom**.....
Date de naissance.....Classe.....

Nom **Prénom**.....
Date de naissance Classe.....

Nom **Prénom**.....
Date de naissance Classe.....

| | PERE | MERE |
|--|------|------|
| NOM et prénom | | |
| Date et lieu de naissance | | |
| Adresse (préciser l'adresse de facturation) | | |
| Tel | | |
| Mail | | |
| Numéro CAF | | |
| Employeur (nom et adresse) | | |

● **FACTURATION** : ENVOI PAPIER.....ou........ENVOI PAR MAIL

● **MEDECIN à contacter** :
Problèmes médicaux (allergies...) entraînant un Plan d'Accueil Individualisé (**PAI**)
.....

● **Personne à prévenir en cas d'urgence** :

NomPrénom.....☎.....
Lien avec l'enfant

● **Personne autorisée à prendre l'enfant** : (en l'absence des parents)

Lien avec l'enfant :
NOM :☎.....

Je soussigné, M.....autorise le personnel du périscolaire à prendre toutes les mesures que nécessiterait l'état de santé de mon (mes) enfant(s).

Saâcy-sur-Marne, le

Signature des parents

PIECES A JOINDRE :

- Règlement intérieur signé par les parents
- Attestation d'assurance scolaire