

**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<br>(préciser l'adresse de facturation) |      |      |
| Tel  |      |      |
| Mail   |      |      |
| Numéro CAF                                     |      |      |
| Employeur<br>(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** :  
 Nom .....Prénom.....☎.....  
 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