

# 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 :

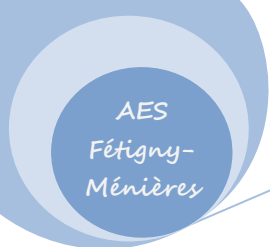
Téléphone professionnel :

Adresse email :

## Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Téléphone :



**Participation à l'AES**

Jours et horaire : cocher les plages concernées ou  irrégulier

|                 | 6h30-8h | 8h-11h40 | 11h40-13h30 | 13h30-15h10 | 15h10-17h30 | 17h30-18h30 |
|-----------------|---------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Lundi</b>    |         |          |             |             |             |             |
| <b>Mardi</b>    |         |          |             |             |             |             |
| <b>Mercredi</b> |         |          |             |             |             |             |
| <b>Jeudi</b>    |         |          |             |             |             |             |
| <b>Vendredi</b> |         |          |             |             |             |             |

(mercredi : exception au règlement : min 4 enfants au lieu de 2 de 11h40 à 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.