

# Accueil extrascolaire à l'école

## FICHE INSCRIPTION à remettre OBLIGATOIREMENT

NOM	Prénom	N° national	Elève de	
			maternelle	primaire

Fréquentant     l'école communale de Saint-léger     l'école libre de Saint-léger  
                    l'école communale de Châtillon         l'école communale de Meix-le-Tige

<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
N° national : .....	N° national : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
GSM : .....	GSM : .....
Email : .....	Email : .....

Nom de la ou des personne(s) à qui les factures concernant l'accueil extrascolaire seront adressées (= nom qui figurera sur l'attestation fiscale) :

- nom du papa       nom de la maman  
 nom des deux parents (en cas de séparation) ⇒ factures séparées

Autorisation de diffusion de photos :

- dans l'Infocommune :  oui     non  
sur le site de l'Accueil Temps Libre de la commune :  oui     non  
dans les journaux locaux :  oui     non  
sur la page Facebook « Accueil Temps Libre - Saint-Léger » :  oui     non

L'administration communale tient à vous informer que vos données personnelles et celles de votre, vos enfant(s) sont traitées avec la plus grande confidentialité et ne seront jamais vendues ou cédées. Ces données sont indispensables pour la bonne organisation de l'accueil extrascolaire et sont utilisées uniquement dans ce but.

**Nous déclarons avoir reçu et pris connaissance  
du règlement d'ordre intérieur de l'accueil extrascolaire de la Commune de Saint-Léger  
et nous engageons à le respecter.**

Date et signature(s) :

# INFORMATIONS UTILES (à compléter obligatoirement)

NOM + Prénom des enfants	Date de naissance

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

① Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

② Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Allergies / contre-indications médicamenteuses / problèmes de santé à signaler  
(préciser le prénom de l'enfant concerné) :

---

---

---

Vos enfants sont-ils vaccinés contre le tétanos ?  Oui  Non

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler :

---

---

Personne(s) habilitée(s) à venir rechercher les enfants (NOM Prénom) :

---

---

---

Vos enfants peuvent-ils rentrer seuls à la maison ?  Oui  Non