



DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE (à déposer en mairie)

**CANTINE SCOLAIRE/GARDERIE PÉRISCOLAIRE/SURVEILLANCE TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES
 ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

PERE	MERE
<u>Nom</u> : <u>Prénom</u> :	<u>Nom</u> : <u>Prénom</u> :
<u>ADRESSE POSTALE</u> facturation* <input type="checkbox"/>	<u>(si différente)</u> : facturation* <input type="checkbox"/>
EMAIL obligatoire pour effectuer les réservations@.....	<u>EMAIL</u>@.....
<u>Tél. portable</u> : / / / /	<u>Tél. portable</u> : / / / /
<u>Tél. domicile</u> : / / / /	<u>Tél. domicile</u> : / / / /
EMPLOYEUR	EMPLOYEUR
<u>Nom</u> :	<u>Nom</u> :
<u>Tél.</u> : / / / /	<u>Tél.</u> : / / / /
<u>Tél. bureau</u> : / / / /	<u>Tél. bureau</u> : / / / /

- Déclare(nt) avoir pris connaissance du Règlement unique Cantine Scolaire, Garderie Périscolaire, surveillance TAP, disponible en mairie ou consultable sur le site internet (cuvat.org),

et s'engage(nt) à respecter ce règlement. Il appartient aux parents d'informer et d'expliquer à leurs enfants les règles de bonne conduite en collectivité, ainsi que le respect dû aux camarades et au personnel municipal.

Des photos des enfants pourront éventuellement être prises et publiées dans le cadre du bulletin municipal et/ou du site internet de Cuvat. La signature du dossier d'inscription vaut accord des parents quant à leurs modalités de diffusion précitées sans autre contestation ou réclamation relevant du droit à l'image.

- Demande(nt) l'inscription du ou des enfants suivants pour l'année scolaire 2017/2018 :

NOM	PRENOM	NE(E) LE	Fille*	Garçon *	CLASSE	INSCRIPTION		
						Surveillance TAP *	CANTINE*	GARDERIE*

Date :

Signatures :

(*cases à cocher)

MAIRIE DE CUVAT

1 Place de l'Eglise

74350 CUVAT

Tél. : 04-50-46-86-69

e-mail : garderie.cuvat@orange.fr**COMPLEMENT D'INFORMATIONS ANNÉE 2017-2018****RENSEIGNEMENTS PRATIQUES**

NOM/PRENOM ENFANT	MEDECIN TRAITANT			ALLERGIE(S)	TRAITEMENT	CANTINE REGIME SPECIAL	VACCINATION(S)
	NOM	ADRESSE	N° DE TELEPHONE				
						<input type="checkbox"/> Menu sans porc* <input type="checkbox"/> Panier repas si PAI*	<input type="checkbox"/> DT polio* (obligatoire) <input type="checkbox"/> ROR* <input type="checkbox"/> BCG*
						<input type="checkbox"/> Menu sans porc* <input type="checkbox"/> Panier repas si PAI*	<input type="checkbox"/> DT polio* (obligatoire) <input type="checkbox"/> ROR* <input type="checkbox"/> BCG*
						<input type="checkbox"/> Menu sans porc* <input type="checkbox"/> Panier repas si PAI*	<input type="checkbox"/> DT polio* (obligatoire) <input type="checkbox"/> ROR* <input type="checkbox"/> BCG*

AUTORISATION : Indiquez dans le tableau ci-dessous la (les) personne(s) autres que les parents à contacter en cas d'urgence, en cas de retard et/ou autorisée(s) à prendre votre (vos) enfant(s)

Nom/Prénom enfant(s)	Nom/Prénom (personnes autres que les parents)	Adresse	téléphone	services	Autorisations
				<input type="checkbox"/> garderie* <input type="checkbox"/> cantine* <input type="checkbox"/> surveillance TAP*	<input type="checkbox"/> à contacter en cas d'urgence* <input type="checkbox"/> à contacter en cas de retard* <input type="checkbox"/> autorisée à reprendre l'enfant*
				<input type="checkbox"/> garderie* <input type="checkbox"/> cantine* <input type="checkbox"/> surveillance TAP*	<input type="checkbox"/> à contacter en cas d'urgence* <input type="checkbox"/> à contacter en cas de retard* <input type="checkbox"/> autorisée à reprendre l'enfant*
				<input type="checkbox"/> garderie* <input type="checkbox"/> cantine* <input type="checkbox"/> surveillance TAP*	<input type="checkbox"/> à contacter en cas d'urgence* <input type="checkbox"/> à contacter en cas de retard* <input type="checkbox"/> autorisée à reprendre l'enfant*

Assurance scolaire (Organisme/N° d'adhérent) : **Attestation d'assurance jointe au dossier d'inscription**

Je soussigné(e) demande qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires à son état (intervention chirurgicale, hospitalisation, anesthésie ou autres) soient donnés à mon/mes enfant(s) :

nom/prénom enfant 1 : nom/prénom enfant 2 :

nom/prénom enfant 3 :

Fait à Cuvat le :/...../20..

Signature père/mère :

(*cases à cocher)

MAIRIE DE CUVAT

1 Place de l'Eglise

74350 CUVAT

Tél. : 04-50-46-86-69

e-mail : garderie.cuvat@orange.fr



AUTORISATION DE TRANSFERT 2017 - 2018

Je soussigné(e) _____ autorise le Directeur
de l'école de Cuvat, à confier mon (mes) enfant(s) (nom/prénom) : _____

à la garderie périscolaire de Cuvat dans le cas où mon/ mes enfant(s) bénéficie(nt) du
soutien scolaire après la fermeture de l'école.

Fait à Cuvat

Date:

Signature père/mère :