



## **INSCRIPTION PERISCOLAIRE**

### **ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025**

A COMPLETER EN LETTRES CAPITALES

**FAMILLE** : .....

**RESPONSABLE 1 (Mère ou Père)** *(Rayer les mentions inutiles)*

**SITUATION DE FAMILLE** : Célibataire – Marié(e) – Pacsé (e) – Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE **obligatoire** .....

Adresse complète .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone Portable : ..... Domicile : .....

Courriel (mail) **obligatoire** : .....

Profession **obligatoire** : .....

Téléphone professionnel : .....

**RESPONSABLE 2 (Mère ou Père)** *(Rayer les mentions inutiles)*

**SITUATION DE FAMILLE** : Célibataire – Marié(e) – Pacsé (e) – Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE **obligatoire** .....

Adresse complète .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : Portable : ..... Domicile : .....

Courriel (mail) **obligatoire** : .....

Profession **obligatoire** : .....

Téléphone professionnel : .....

N° D'ALLOCATAIRE CAF : .....

**Demande l'inscription au service d'accueil périscolaire (un à quatre jours par semaine le matin et / ou le soir) :**

**LUNDI** :        **Matin**        /        **Soir**

**MARDI** :        **Matin**        /        **Soir**

**JEUDI** :        **Matin**        /        **Soir**

**VENDREDI** :    **Matin**        /        **Soir**

*(Rayer les mentions inutiles)*



**1 - Nom et Prénom de l'enfant :** .....

Classe : .....

École : .....

**2 - Nom et Prénom de l'enfant :** .....

Classe : .....

École : .....

**3 - Nom et Prénom de l'enfant :** .....

Classe : .....

École : .....

**4 - Nom et Prénom de l'enfant :** .....

Classe : .....

École : .....

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM et PRENOM .....

Adresse : .....

Téléphone : Portable : ..... Travail : .....

**EN CAS D'ACCIDENT OU D'INDISPOSITION GRAVE :**

J'autorise les responsables du SIRP à faire appel aux urgences médicales (Pompiers, Samu) qui transféreront mon enfant dans un établissement hospitalier le plus proche selon leur diagnostic.

**PERSONNE(S) HABILITÉE(S) À PRENDRE LES ENFANTS À LA SORTIE DU PERISCOLAIRE AUTRE QUE LE(S) PARENTS :**

Nom, prénom : .....

Téléphone : .....

Nom, prénom : .....

Téléphone : .....

Nom, prénom : .....

Téléphone : .....

**DÉCHARGE POUR REPRISE D'UN ENFANT PAR UN(E) MINEUR(E) :**

Nom prénom du ou de la mineur(e) : .....

Téléphone : .....



Je soussigné (e) .....

Déclare ne pas pouvoir garder mon enfant (ou mes enfants) avant ou après l'école,  
Déclare m'engager à signaler par écrit au SIRP tout changement dans les renseignements ci-dessus.  
Déclare avoir pris connaissance du règlement et l'avoir accepté.

À SAINT AUGUSTIN, le .....

**Signatures des parents**

**Dès réception du dossier complet,**

**Votre ESPACE FAMILLE sera activé afin de faire vos réservations pour l'année scolaire.**