



FICHE D'INSCRIPTION UNIQUE
CANTINE
GARDERIE
TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (TAP)

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de Naissance : _____

Classe : _____

	Père (ou tuteur)	Mère (ou tutrice)
Nom :		
Prénom :		
Adresse complète :		
N° de tél domicile :		
N° de tél portable :		
N° de tél professionnel :		
Courriel :		
N° CAF :		

PARENTS

Autorité parentale conjointe : OUI ☐ NON ☐

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant à la garderie, indiquez ci-dessous le nom de la ou des personnes autorisées à prendre en charge votre enfant.

1. Personnes mineurs (Frères/sœurs)

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

2. Personnes majeurs

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul la garderie ? OUI ☐ NON ☐

La Commune de Lussac-les-Châteaux décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet.

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la commune de Lussac-les-Châteaux à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de l'utilisation du service et à utiliser pour des supports d'information (site internet, bulletin municipal...). Si vous changez d'avis, vous pouvez nous contacter à la mairie ou via contact@lussac-les-chateaux.fr :

OUI ☐ NON ☐

GARDERIE PERISCOLAIRE

Mon enfant ira à la garderie :

- ☐ Tous les matins ☐ Occasionnellement
☐ Tous les soirs ☐ Occasionnellement
☐ Matin et soir

Le lundi, mardi, jeudi et vendredi		
MATIN	DECOUVERTE	SOIR
7h15 à 8h45	15h45 à 17h	17h à 18h30
Le mercredi		
7h15 à 8h50		

Nous vous rappelons que la commune ne fournit pas de goûter, si vous souhaitez que votre enfant goûte à la sortie des classes pensez à le mettre obligatoirement dans une boîte et dans son cartable.

INSCRIPTION A LA CANTINE

Mon enfant déjeunera :

- ☐ Tous les jours
☐ Occasionnellement (merci de prévenir l'enseignant dès le matin de l'inscription à la cantine ce jour-là)

Mon enfant bénéficie t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (médical, alimentaire...)

- ☐ Non ☐ Oui Lequel.....

Allergie alimentaire (fournir un certificat médical) OUI ☐ NON ☐ (Activités FOOD ART)

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du périscolaire et m'engage à le respecter.

Nom et prénom-Père
Signature

Nom et prénom-Mère
Signature