

NOM et PRENOM de l'enfant 1.....

Né(e) le ..... Classe ..... Garde Alternée

NOM et PRENOM de l'enfant 2.....

Né(e) le ..... Classe ..... Garde Alternée

NOM et PRENOM de l'enfant 3.....

Né(e) le ..... Classe ..... Garde Alternée

<p><b>PARENT 1 (Responsable)</b>      Mère <input type="checkbox"/>      Père <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. domicile : .....</p> <p>Tél. portable : .....</p> <p>Tél. professionnel : .....</p> <p>Adresse mail : .....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Nom et adresse de l'employeur : .....</p> <p>.....</p>	<p><b>PARENT 2</b>      Mère <input type="checkbox"/>      Père <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse (si différente du parent 1) : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. domicile : .....</p> <p>Tél. portable : .....</p> <p>Tél. professionnel : .....</p> <p>Adresse mail : .....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Nom et adresse de l'employeur : .....</p> <p>.....</p>
--	--

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Renseignements complémentaires à signaler aux responsables (Allergies, sans viande...)



Aucun traitement ne sera administré pendant le temps de restauration scolaire sauf en cas de P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

.....

.....

Autorisation droit à l'image

P.A.I. (joindre les documents)

Contacts :

Nom Prénom	N° téléphone fixe	N° téléphone portable	Type de contact (lien de parenté, ami, voisin...)	Appel en cas d'urgence	Autorisé à récupérer l'enfant
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**A COMPLETER SI VOTRE OU VOS ENFANT(S) QUITTE(NT) SEUL(S) LA GARDERIE**

Je soussigné(e), M., Mme (Nom et Prénom).....

Autorise mon enfant ou mes enfants .....

A quitter la garderie seul(s) le soir à partir de .....Heures .....

Je reconnais avoir complété avec exactitude cette fiche recto/verso et m'engage à signaler aux services de la mairie les changements qui pourraient intervenir pendant l'année scolaire.

*Les informations recueillies, obligatoires dans le présent dossier d'inscription périscolaire, feront l'objet d'un traitement informatique destiné uniquement la gestion du service. La conservation des données ne pourra excéder la période de scolarisation de l'élève ou, le recouvrement des sommes dues. Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès vous concernant et les faire rectifier en contactant : [mairie@ville-mauves.com](mailto:mairie@ville-mauves.com).*

Fait à Mauves,  
Le.....

Signature des parents,