

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)	Mère ☐	Père ☐	PARENT 2	Mère ☐	Père ☐
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Adresse :			Adresse (si différente du parent 1) :		
.....					
Tél. domicile :			Tél. domicile :		
Tél. portable :			Tél. portable :		
Tél. professionnel :			Tél. professionnel :		
Adresse mail :			Adresse mail :		
Profession :			Profession :		
Nom et adresse de l'employeur :			Nom et adresse de l'employeur :		
.....					

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)	Mère ☐	Père ☐	PARENT 2	Mère ☐	Père ☐
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Adresse :			Adresse (si différente du parent 1) :		
.....					
Tél. domicile :			Tél. domicile :		
Tél. portable :			Tél. portable :		
Tél. professionnel :			Tél. professionnel :		
Adresse mail :			Adresse mail :		
Profession :			Profession :		
Nom et adresse de l'employeur :			Nom et adresse de l'employeur :		
.....					

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)	Mère ☐	Père ☐	PARENT 2	Mère ☐	Père ☐
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Adresse :			Adresse (si différente du parent 1) :		
.....					
Tél. domicile :			Tél. domicile :		
Tél. portable :			Tél. portable :		
Tél. professionnel :			Tél. professionnel :		
Adresse mail :			Adresse mail :		
Profession :			Profession :		
Nom et adresse de l'employeur :			Nom et adresse de l'employeur :		
.....					

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,

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 ☐

Si une garde alternée est en place, merci de préciser le mode de garde et remettre une copie du jugement s'il y a

PARENT 1 (Responsable)

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

PARENT 2

Mère ☐

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente du parent 1) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

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

OUI ☐

NON ☐

P.A.I. (joindre les documents et le traitement)

OUI ☐

NON ☐

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
				OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 deHeures

☐ 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.

Fait à Mauves,
Le.....

Signature des parents,