

ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

DOSSIER D'INSCRIPTION

Commune d'ALSTING

☎ 03 87 99 15 20

✉ cantine.alsting@gmail.com



CANTINE SCOLAIRE/GARDERIE PÉRISCOLAIRE

NOM DE FAMILLE : _____

Responsable 1	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Mail : _____ @ _____	
☎ Domicile : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	
☎ Portable : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	
Profession : _____	Lieu de travail : _____
☎ Professionnel : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	

Responsable 2	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Mail : _____ @ _____	
☎ Domicile : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	
☎ Portable : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	
Profession : _____	Lieu de travail : _____
☎ Professionnel : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	

Situation familiale (*): (*) *Rayer les mentions inutiles*

Célibataire - Pacsé(e) - Vie maritale - Marié(e) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Veuf(ve)

Pour les couples séparés, la garde est attribuée à : _____

Pour les gardes en alternance, merci de joindre un calendrier précisant les semaines de garde de chaque parent.

NOM DE FAMILLE : _____

Enfant(s) à charge :

(*)	Nom	Prénom	Date de naissance	Classe	Lieu de naissance
①					
②					
③					
④					

(*) Le chiffre correspond à chaque enfant à charge

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (en cas d'absence des parents) :

Nom	Prénom	Téléphones	Lien de parenté
		____/____/____/____ ____/____/____/____	
		____/____/____/____ ____/____/____/____	
		____/____/____/____ ____/____/____/____	
		____/____/____/____ ____/____/____/____	

Autorisations :

(*) Le chiffre correspond à chaque enfant à charge

J'autorise ☺

Je n'autorise pas ☹

	(*) ①	②	③	④	(*) ①	②	③	④
A être photographié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A être filmé pour la télévision locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A partir seul Préciser l'heure : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations des parents :

Allergies :

Régime alimentaire :

Fait le / / Signature des parents :

JOINDRE UNE ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE ET UNE PHOTO POUR LA MATERNELLE