

**1 fiche à remplir par enfant**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexe : Fille :  Garçon :

Classe de \_\_\_\_\_ Régime alimentaire : sans viande  sans porc

Ecole de Toussieu : Oui  Non  repas végétarien une fois par semaine oui /non

Nécessite un P.A.I. : OUI  NON

### Personnes à joindre en cas d'urgence

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone 1	Téléphone 2

### Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

(ces personnes devront présenter une pièce d'identité)

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone 1	Téléphone 2
AUTORISATIONS :		Oui	NON	
Partir Seul :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise de Photos / Vidéos :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
autorise mon enfant à participer aux sorties en minibus ou en car organisées par la commune de Toussieu.

Je déclare par la-même exacts les renseignements portés sur cette fiche et , autorise la commune de Toussieu à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, pour hospitaliser mon enfant si besoin

Fait le :

Signature des parents:





# TOUSSIEU

Inscriptions 2023/2024

**1 fiche à remplir par enfant**

NOM

Prénom

## RESTAURANT SCOLAIRE

Fréquentation Régulière :

OUI / NON

( inscription unique en début d'année)

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Fréquentation selon un Planning Variable : OUI / NON

Repas végétarien une fois par semaine oui/non

( Inscription à renouveler tous les mois )

## GARDERIE DU MATIN - Lieu: groupe scolaire. 7H20 à 8H20 - Places limitées sur les garderies-

Non cumulable avec la garderie du soir

Fréquentation Régulière toute l'année :

OUI / NON

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Fréquentation selon un Planning Variable :

OUI / NON

( Inscription à renouveler tous les mois )

## GARDERIE DU SOIR - Lieu: centre de loisirs pour les petites et moyennes sections maternelles; groupe scolaire pour les grandes sections sauf le vendredi: centre de loisirs pour tous. 16H30 à 18 H.

Enfants de la maternelle. - Non cumulable avec la garderie du matin.

Fréquentation Régulière toute l'année :

OUI / NON

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Fréquentation selon un Planning Variable :

OUI / NON

( Inscription à renouveler tous les mois )

## ÉTUDES SURVEILLÉES - Lieu: groupe scolaire

Enfants du CP au C.M.2

Réservations / annulations **OBLIGATOIRES** au plus tard 48h à l'avance

Fréquentation Régulière toute l'année

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Etude de 16:30 à 17:30

Etude de 16:30 à 18:00

Fréquentation selon un Planning Variable

(Inscription à renouveler tous les mois)

**ACCUEIL DE LOISIRS****Mercredi (places limitées) demande d'inscriptions à partir du 24/07/2023** Fréquentation Régulière toute l'annéeMatinée avec Repas 

OU

Journée avec Repas  Fréquentation selon un Planning Variable (Inscription à renouveler tous les mois)**ACCUEIL DE LOISIRS****Vacances scolaires (Places limitées -voir calendrier pour dates d'inscriptions)**OUI NON **ADHESION AUX PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES**

Restaurant Scolaire : OUI / NON

Activités périscolaires : OUI / NON

Joindre le **contrat de prélèvement**, la ou les autorisations **SEPA** correspondantes, et un **R.I.B.****Règlements Intérieurs des différents services**

J'ai lu et j'accepte les règlements intérieurs des différents services. Ceux-ci ainsi que la plaquette d'informations et la grille des tarifs sont consultables et téléchargeables sur le site de la ville et en mairie.

Signature:



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....