

DEMANDE D'INSCRIPTION

Année scolaire 20____ / 20____

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____

Nom et prénom du représentant légal _____

Crèche

Nurserie

UAPE

Coordonnées du papa
Nom et prénom
Téléphone
Natel
Mail
Adresse

Coordonnées de la maman
Nom et prénom
Téléphone
Natel
Mail
Adresse

Pédiatre : _____

Téléphone : _____

	<u>Déjeuner</u>	<u>Heure d'arrivée</u>	<u>Repas midi</u>	<u>Heure de départ</u>	<u>Goûter</u>
Lundi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi <i>(seul St-Martin)</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Judi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Allergie ou intolérance alimentaires _____ (Attestation du pédiatre requise)

Date de début de la fréquentation _____

Lieu et date :

Signature du représentant légal :
