

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Accueil Péri Scolaire Matin					
Restaurant scolaire Midi					
Accueil Péri Scolaire Soir					



## Dossier d'inscription Année scolaire 2018-2019

Merci de cocher les jours de présences de votre enfant, si **vous cochez des jours il faut prévenir lors d'une absence 48h à l'avance**, si vous cochez **occasionnel il faut également prévenir des jours concernés**.

### Informations

**Cette année un seul dossier d'inscription pour l'accueil de loisirs et la commune (restaurant scolaire et accueil périscolaire), cependant veillez à bien inscrire vos enfants en contactant les responsables de services.** Comme les autres années, les plaquettes des mercredis et vacances scolaires seront envoyées par mail et sur les sites.

**Merci de respecter les horaires de l'APS, fermeture 18h30.**

Les menus seront affichés (dans les locaux de l'école, couloir de l'accueil périscolaire et Mairie).

Pour plus de renseignements rendez-vous sur le site de la commune.

<http://www.erdre-en-anjou.fr/>

### Coordonnées des services

#### Ecole :

Ecole du Thiberge

02 41 27 77 29 [ce.0490756@ac-nantes.fr](mailto:ce.0490756@ac-nantes.fr)

#### Accueil Périscolaire :

Directrice : Sandrine Chauvelon Bosse

02 41 95 86 24

#### Restaurant scolaire :

Responsable : Marie-Christine Ménard

02 41 95 25 44

#### Mairie :

02 41 95 21 00

#### Accueil de loisirs géré par la CCVHA \* :

Directrices : Floriane Girault et Marine Blot,

06 77 65 19 51—02 41 26 37 68 [serviceenfance@valleesduhautanjou.fr](mailto:serviceenfance@valleesduhautanjou.fr)

\*Communauté de Communes des Vallées du Haut Anjou

Nom et prénom de l'enfant :	Date de naissance :
	Classe :

Restaurant scolaire :

Accueil périscolaire :

Accueil de loisirs (mercredis et vacances) :

(Cocher les services utilisés)

**Dossier à remettre en Mairie avant le 13 juin 2018**





## Renseignements

(Merci d'indiquer le nom des deux parents)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Cp : ..... Commune : .....

Domicile : .....

Portable : .....

Téléphone travail : .....

Email (obligatoire) : .....

Régime d'affiliation ..... QF.....

(Merci de joindre un justificatif ou le tarif le plus haut sera attribué)

N° sécurité sociale : .....

Médecin traitant : .....

## Autorisations

(Merci d'entourer votre réponse)

Autorisation d'intervention chirurgicale : Oui / Non

Droit à l'image : Oui / Non

Droit au transport : Oui / Non

Droit de rentrer seul : Oui / Non

Activités de baignade : Oui / Non

## Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom			
Prénom			
Commune			
Téléphone			

## Médical

Recommandations particulières à communiquer (allergie alimentaire ou médicamenteuse, asthme, traitement en cours, précautions à prendre...) ?

Si votre enfant n'a pas de vaccins obligatoires veuillez joindre un certificat médical.

En cas de traitement merci de fournir une ordonnance.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates du dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			

*Je soussigné(e).....certifie sur l'honneur l'exactitude de ces informations,  
A.....le.....*

