**FICHE D’INSCRIPTION *HORS ABONNEMENT***

**au service de garderie périscolaire de VESANCY**

**VESANCY**

**Année scolaire 2024 - 2025**

Afin de nous permettre d’organiser au mieux la rentrée scolaire **2024-2025**, nous vous demandons de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et de le retourner au secrétariat de mairie **dans les meilleurs délais**.

L’inscription effective doit se faire **au minimum 48 heures avant (hors week-end et jour férié) par mail au secrétariat de mairie ou auprès de l’ATSEM** ou toute personne habilitée à ce service

La tarification hors-abonnement concerne les présences occasionnelles et les dépassements horaires de la convention trimestrielle initiale.

Chaque prestation sera établie sur la base de **4.50 €.**

**NOM du PERE** **ou responsable légal** :…..…………………………………………………………………………………………………..

**Adresse**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Tél : Domicile** : ……………………………. **Portable** : ……………………………  **Professionnel** : ……………………………..

**Mail : ……………………………………………………………………………………….......**

**NOM de la MERE : …………………………………………………………………………… Mail : ………………………………………….**

**Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Tél : Domicile : ……………………………. Portable :……………………………… Professionnel : ……………………………**

**Inscription de l’enfant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Niveau classe** |
|  |  |  |  |

a

ut du formulaire

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**Personne(s) autorisé(es) à récupérer l’enfant ou les enfants** :

* Nom/prénom : ………………………………………………………………………………………………………………...

**Tél : Domicile** : …………………………… **Portable** : ……………………………  **Professionnel** : ………………………

* Nom/prénom : ………………………………………………………………….. …………………………...................

**Tél : Domicile** : …………………………….. **Portable** : ………………………..… **Professionnel** : ……………………..

**En cas d’urgence**

**J’autorise le transfert de mon enfant au Centre Hospitalier de :………………………………………………………………… ou par défaut, au centre médical d’urgence de l’Hôpital de Saint-Julien-en-Genevois.**

**Personne(s) à prévenir, en l’absence des parents**

* Nom/prénom : ………………………………………………………………………………………………………………...

**Téléphones : Domicile** : ……………………………. **Portable** : ……………………………  **Professionnel** : ………………………

**Médecin traitant**

Nom/prénom : ………………………………………………………………………………. ………… Tél : …………….......

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………

***Ce document vaut engagement de la part du signataire qui affirme avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la garderie périscolaire selon la délibération du 20 juin 2023.***

Vesancy, le Signature du parent ou du responsable légal

*(précédée de la mention « Bon pour accord »)*