Saujon CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

PÔLE ENFANCE JEUNESSE et RESTAURANT SCOLAIRE
INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Nom – Prénom de(s) enfant(s)	*Sexe (F ou G)*	*Date de naissance*	*Ecole*	*Classe*	*Enseignant*

NOM-PRENOM et adresse de la personne assurant les paiements : …….……..……
……...

Souhaitez-vous adhérer au prélèvement automatique : ☐ **Pôle Enfance Jeunesse**
☐ **Restauration Scolaire**

Si oui, merci de vous munir d'un RIB à remettre lors de la transmission du dossier d'inscription, un document de prélèvement SEPA sera alors complété pour permettre d'effectuer les prélèvements.

Responsable légal : ……..…….……..
Lien avec l'enfant : *père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur, représentant légal*[1] *:……*
Situation de famille : …….…….....
Adresse du domicile :….…….....
…….....
…….....
☎ Portable :……
☎ Fixe :…….…….…….....
Adresse mail :……
_____
Profession :…….…….....…….....
Nom de l'employeur :……...……
☎ employeur : ……...…….....

Responsable légal : ……..…….……..
Lien avec l'enfant : *père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur, représentant légal*[1] *: …… …….*
Situation de famille : …….…….....
Adresse du domicile :….…….....
…….....
…….....
☎ Portable :……
☎ Fixe :…….…….…….....
Adresse mail :……
_____
Profession :…….…….....…….....
Nom de l'employeur :……...……
☎ employeur : …..……...

**** Souhaitez-vous que votre enfant participe à l'aide aux leçons à l'école LA SEUDRE, le lundi et jeudi de 17h00 à 18h30 ?*** **OUI** ☐ **NON** ☐
**** Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de*** **FACTURES** ☐ **INFORMATIONS GENERALES** ☐
**** Pour le Restaurant Scolaire, fournir obligatoirement l'attestation de quotient familial***

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT et AUTORISATION

Seules les personnes (minimum 12 ans pour LES ELEMENTAIRES et 18 ans pour LES MATERNELLES)
Figurant sur ce document seront autorisées à reprendre l'enfant

Je soussigné …….……..père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur, représentant légal [1], de (des) enfant(s) désignés ci-dessus, autorise les personnes suivantes à reprendre mon (mes) enfant(s).

NOM - PRENOM	Lien avec l'enfant	☎

[1] *Rayer la mention inutile*

Fait à ....., le.....
Signature

COMMUNE DE SAUJON
CCAS-Pôle Enfance Jeunessse – 9bis route des Ecluses – **17600 SAUJON**
☎ 06.11.96.49.31 / 05.46.05.14.22 / pole.enfance@saujon.fr
MAIRIE-Restauration scolaire – 1 place Gaston Balande **– 17600 SAUJON**
☎ 06.78.46.48.73 / 05.46.02.80.07 / s.arrignon@saujon.fr

Juin 2024