Mairie de CLÉRAC
Charente - Maritime

1 place de la mairie
17270 Clérac

Téléphone : 05 46 04 13 12
E.mail : info@ville-clerac.fr

Villes et Villages Fleuris
LE LABEL NATIONAL DE LA QUALITÉ DE VIE

Inscription aux services périscolaires 2025/2026

A retourner au secrétariat de la mairie avant le 12 août 2025

1er Responsable Légal (adresse de facturation)	**2ème Responsable légal**
Nom et prénom : …….	Nom et prénom : …….
Adresse : …….	Adresse (si différente) : …….
……...……..	……...……..
Tél. fixe : ……..……	Tél. fixe : ……..……
Tél. portable : ……..……..	Tél. portable : ……..……..
Tél. professionnel : ……..……	Tél. professionnel : ……..……
Mail : ……..	Mail : ……..
Nom et adresse de l'employeur : ……	Nom et adresse de l'employeur : ……
……..….	……..….
N° allocataire CAF ou MSA : ……	N° allocataire CAF ou MSA : ……
Ou Quotient Familial (joindre justificatif) : ……..	Ou Quotient Familial (joindre justificatif) : ……..

☐ **Je souhaite recevoir ma facture par courriel**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires et inscris mon (mes) enfant(s)

Nom et prénom de l'enfant	Date et lieu de naissance	Classe	Restauration scolaire (1)	Garderie (1)
			☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)	☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)
			☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)	☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)
			☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)	☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)
			☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)	☐ Présence quotidienne (2) ☐ Présence ponctuelle (3)

(1) Cochez la case correspondante
(2) Présence sur les jours de classe
(3) Sur inscription (art 6b du règlement)

DROIT À L'IMAGE :

Des photographies peuvent être effectuées, elles pourront être utilisées dans le cadre d'exposition ou diffusion sur le journal et le site internet communaux.

J'autorise et accepte sans contrepartie financière la diffusion des photographies de mon (mes) enfant(s) (1)

☐ Oui ☐ Non

SANTÉ :

Médecin traitant : ……..…… Téléphone : ……

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire ? (1)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle : ……..

Un P.A.I. a-t-il été établi ?

☐ Oui ☐ Non

Prénom et nom de l'enfant concerné : …….

…….

Indiquer le nom des personnes habilitées à venir chercher les enfants :

Nom – Prénom	Qualité	Téléphone

Autres indications ou particularités que vous tenez à signaler :

.....

.....

.....

.....

.....

Date : Signature des responsables légaux :

Pièce à joindre impérativement :

- attestation d'assurance scolaire de l'enfant souscrite pour l'année scolaire en cours
- Attestation quotient familial CAF ou MSA

(1) Cochez la case correspondante