

# INSCRIPTION ACCUEIL PÉRISCOLAIRE – ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

**A retourner à la mairie de Montreuil-sur-Epte avant le 19 Août 2024**  
**Passé ce délai l'inscription ne sera pas effective pour la rentrée scolaire 2024/2025**

## Inscription à (entourer les jours d'inscription)

L'accueil périscolaire du matin de 7h30 à 8h15	LUN	MAR	JEU	VEN
L'accueil périscolaire du soir de 16h25 à 19h	LUN	MAR	JEU	VEN
Aide aux devoirs de 17h30 à 18h30	LUN		JEU	

**Toute absence à l'accueil périscolaire en dehors des jours et créneaux ci-dessus choisis devra être signalée 24 h à l'avance par mail à [mairie@montreuilsurepte.eu](mailto:mairie@montreuilsurepte.eu)**

**A défaut, le SIIS se dégage de toute responsabilité et/ou accident pouvant survenir sur l'enfant ci-dessous mentionné.**

## TARIFS :

Accueil du matin et du soir (goûter fourni)		
	Quotient Familial ≤ 541 € A JUSTIFER (avis d'imposition N-1)	Quotient familial > 541 € A JUSTIFER (avis d'imposition N-1)
Prix à l'heure (toute heure entamée est due)	1,70 €	1,90 €

## Renseignements concernant la famille :

Situation familiale : Marié/Pacsé  Union maritale  Divorcé  Famille d'accueil  Autre

PERE		MERE	
Nom		Nom de naissance suivi du nom d'épouse	
Prénom		Prénom	
Date et lieu de naissance		Date et lieu de naissance	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	
N° Tél domicile		N° Tél domicile	
N° Tél travail		N° Tél travail	
N° Tél portable		N° Tél portable	
Adresse mail personnelle		Adresse mail personnelle	
N° SS		N° SS	

Adresse de facturation :

Assurance Responsabilité Civile (joindre une attestation) :

N° Caisse d'Allocation Familiale : Nom de l'Allocataire :

## Renseignements concernant l'enfant :

NOM		Allergies	
Prénom		Contre-indication médicale	
Date et lieu de naissance		Régime	
N° Sécurité Social de rattachement		PAI	
Etablissement scolaire et classe		Traitement médical en cours (joindre l'ordonnance)	
Nom-Prénom-Adresse – Tél du Médecin traitant			

VOIR AU DOS

## Autorisation parentale

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente fiche

- Autorise mon enfant à rentrer seul(e) : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_
- Personnes MAJEURES autorisées à venir chercher l'enfant et à contacter en cas d'urgence :

NOM - Prénom	Adresse	N° Tél	Lien avec l'enfant

- Autorise la prise de photos de mon enfant et son affichage au sein de la structure et publication locale
- Autorise le transport de mon enfant par les services de secours en cas d'urgence

---

### RECEPISSE DU REGLEMENT INTERIEUR – ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

Je soussigné(e) (Nom, prénom du représentant légal) :

Adresse complète :

**Reconnais avoir reçu le règlement intérieur de l'accueil périscolaire 2024/2025, en avoir pris connaissance et l'accepter**

**Et autoriser le SIIS de Buhy, la Chapelle-en-Vexin et Montreuil-sur-Epte à consulter le site de la CAF afin de prendre connaissance de mon quotient familial**

Fait à :

Le

Signature du représentant légal (obligatoire)

**Attention – Prière de renseigner entièrement cette fiche pour une inscription effective**

*Avec la participation financière de la*

