VILLE DE THIERS

Service des Affaires Scolaires
Tél. : 04.73.80.88.85
Fax : 04.73.80.88.95

Date d'arrivée : _____

N° interne : _____

INSCRIPTION PERISCOLAIRE
ANNEE SCOLAIRE : 20___ / 20___

ECOLE : _____

Responsable légal et **payeur** (nom et prénom) : _____

Adresse : n° : _____ Bâtiment : _____ rue : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone (domicile et/ou portable) : _____
N° Allocataire CAF (chiffres + lettre) : _____

Motifs de l'inscription (à préciser – joindre justificatif) : _____

1er enfant (nom et prénom) : _____ Date de naissance : _____

RESTAURANT SCOLAIRE	GARDERIE DU MATIN	ETUDES / GARDERIE DU SOIR
Forfait hebdomadaire	Fréquence	Fréquence hebdomadaire
4 jours O	- Trimestriel O	4 jours O
3 jours O	si oui (lequel ou lesquels) :	3 jours O
2 jours O	O 1er trimestre	2 jours O
1 jour O	O 2ème trimestre	1 jour O
Occasionnel O	O 3ème trimestre	Occasionnel O
	- Occasionnel O	

Pour chaque forfait, préciser les jours de la semaine et la date de départ :
Restaurant scolaire : Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O
Etudes / garderies du soir : Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O
Date de départ de l'inscription cantine : _____
Date de départ de l'inscription Garderie du matin : _____
Date de départ de l'inscription Etudes surveillées / garderies du soir : _____

2ème enfant : _____ Date de naissance : _____

RESTAURANT SCOLAIRE	GARDERIE DU MATIN	ETUDES / GARDERIE DU SOIR
Forfait hebdomadaire	Fréquence	Fréquence hebdomadaire
4 jours O	- Trimestriel O	4 jours O
3 jours O	si oui (lequel ou lesquels) :	3 jours O
2 jours O	O 1er trimestre	2 jours O
1 jour O	O 2ème trimestre	1 jour O
Occasionnel O	O 3ème trimestre	Occasionnel O
	- Occasionnel O	

Pour chaque forfait, préciser les jours de la semaine et la date de départ :
Restaurant scolaire : Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O
Etudes / garderies du soir : Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O
Date de départ de l'inscription cantine : _____
Date de départ de l'inscription Garderie du matin : _____
Date de départ de l'inscription Etudes surveillées / garderies du soir : _____

3ème enfant : _____ Date de naissance : _____

RESTAURANT SCOLAIRE	GARDERIE DU MATIN	ETUDES / GARDERIE DU SOIR
Forfait hebdomadaire	Fréquence	Fréquence hebdomadaire
4 jours O	- Trimestriel O	4 jours O
3 jours O	si oui (lequel ou lesquels) :	3 jours O
2 jours O	O 1er trimestre	2 jours O
1 jour O	O 2ème trimestre	1 jour O
Occasionnel O	O 3ème trimestre	Occasionnel O
	- Occasionnel O	

Pour chaque forfait, préciser les jours de la semaine et la date de départ :
Restaurant scolaire : Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O
Etudes / garderies du soir : Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O
Date de départ de l'inscription cantine : _____
Date de départ de l'inscription Garderie du matin : _____
Date de départ de l'inscription Etudes surveillées / garderies du soir : _____