SYNDICAT INTERCOMMUNAL de REGROUPEMENT PÉDAGOGIQUE

de MAUPERTHUIS et SAINT-AUGUSTIN

ÉTUDE SURVEILLÉE <u>ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023</u>

(recto verso)

Cette (pré)inscription ne sera possible que dans la mesure où nous disposerons des enseignants nécessaires et dans la limite de 15 enfants par classe d'étude.
En cas de surnombre, les enfants seront mis sur une liste d'attente.

Je soussigné(e)_____ (père, mère, tuteur légal)

demande à ce que mon (mes) enfant (s) soient inscrits pendant toute l'année scolaire à l'étude surveillée **un à quatre jours par semaine**.

1° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans étude)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée : _____

2° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans étude)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée : _____

3° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans étude)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée : _____

4° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans étude)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée :

JUSTE AU CAS OÙ L'INSCRIPTION À L'ÉTUDE NE SERAIT PAS RÉALISABLE :
ACCUEIL GARDERIE DU SOIR

Je soussigné(e)_____(père,mère,tuteur légal) **déclare ne pas pouvoir garder mon (mes) enfant(s) après l'école** et demande à ce que mon enfant soit inscrit pendant toute l'année scolaire au service d'accueil garderie **un à quatre jours par semaine le soir** :

1° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans garde)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée : _____

2° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans garde)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée : _____

3° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans garde)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée : _____

4° enfant : **Lu** **Ma** **Je** **Ve** (rayer les jours sans garde)
Nom et Prénom : _____
École : _____
Classe à la rentrée :

Allergie :

Établir un PAI et le faire compléter par le médecin

Présentation obligatoire du certificat du médecin daté de moins de 3 mois

<u>En cas d'accident ou d'indisposition grave :</u>

J'autorise le personnel du SIRP à faire appel aux urgences médicales (Pompiers, Samu) qui transféreront mon enfant dans un établissement hospitalier selon leur diagnostic.

Personne(s) habilitée(s) à prendre les enfants à la sortie autre que le(s) représentant(s) légal(aux)

Nom, prénom et adresse :

_____

_____ Tel :

_____

Nom, prénom et adresse :

_____

_____ Tel :

_____

Décharge pour reprise d'un enfant par un(e) mineur(e) :

Nom prénom du ou de la mineur(e) :

_____

Je déclare m'engager à signaler par écrit au SIRP tout changement dans les renseignements ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement et l'avoir accepté.

À , le

Nom et signature du (des) représentant(s) légal(aux)