



**NOM et PRENOM** de l'enfant : .....  
Date de naissance : ..... Classe suivie : .....  
Assurance Extra Scolaire : ..... N° de contrat:.....

**Je soussigné(e)** : .....  
Adresse : .....

Tél. domicile.....Tél. portable .....Tél. Travail.....

Adresse de facturation, si différente de l'adresse domicile.....

Père, Mère, Tuteur ou Responsable de l'Enfant, m'engage (1) :

✓ A respecter le règlement intérieur de l'étude encadrée de la commune de St Gervais en Belin, remis lors de l'inscription.

✓ En cas de nécessité, à autoriser l'enseignant de l'étude encadrée à prendre toute mesure pour que les soins indispensables à l'état de mon enfant lui soient apportés sans délai, et le cas échéant à le faire transporter à l'hôpital le plus proche pour que lui soient prodigués les soins qui s'imposent dont toute intervention chirurgicale d'urgence, éventuellement sous anesthésie locale ou générale selon la prescription des médecins.

✓ A accepter que mon enfant soit photographié ou filmé durant les activités de l'étude encadrée qu'il fréquente et que ces documents soient utilisés, dans un but non lucratif pour des expositions, dans les journaux ou sur le site de la Mairie.

**Après l'étude :**

☞ **Mon enfant rentre seul le soir après l'étude encadrée à 17h30 :** OUI  NON

☞ **Si non, une personne citée ci-dessous viendra le chercher à la sortie de l'étude encadrée :**

1. M. - Mme ..... en qualité de .....

☎ .....

2. M. - Mme ..... en qualité de .....

☎ .....

3. M. - Mme ..... en qualité de .....

☎ .....

☞ **Mon enfant va à l'accueil périscolaire de la CDC OBB\*, après l'étude (2)** OUI  NON

J'ai pris note qu'en cas d'absence de l'enseignant de l'étude encadrée (maladie, grève, formation,...), celle-ci sera annulée. Par conséquent,

☞ **Mon enfant rentre seul à 16h30** OUI  NON

☞ **Mon enfant va à l'accueil périscolaire de la CDC OBB (2)** OUI  NON

J'inscris mon enfant, suivant le calendrier ci-joint. En cas d'absence de celui-ci, je m'engage à avertir l'enseignant chargé de l'étude encadrée.

A St Gervais en Belin, le ..... Signature du responsable de l'Enfant, lu et approuvé

(1): rayer la mention inutile ; (2) : obligation d'avoir inscrit son enfant à l'accueil périscolaire auparavant  
\* Communauté de Communes de l'Orée Bercé Belinois

## INSCRIPTION ETUDE ENCADREE DE ST GERVAIS EN BELIN

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

NOM DE L'ENFANT :	PRENOM DE L'ENFANT :
Classe :	Prix de l'étude encadrée : 1,80 €

SEPTEMBRE 2019	Jeudi	X	X	X	26			
OCTOBRE 2019	Jeudi	03	09	17				Obs :
NOVEMBRE 2019	Jeudi		07	14	21	28		Obs :
DECEMBRE 2019	Jeudi	05	12	19				Obs :

J'entoure les cases où j'inscris mon enfant à l'étude encadrée.

JANVIER 2020	Jeudi		09	16	23	30		Obs :
FEVRIER 2020	Jeudi		06	13				Obs :
MARS 2020	Jeudi	05	12	19	26			Obs :
AVRIL 2020	Jeudi	02	09			30		Obs :
MAI 2020	Jeudi	07	14	X	28			Obs :
JUIN 2020	Jeudi	04	11	18	25			Obs :

J'entoure les cases où j'inscris mon enfant à l'étude encadrée.

## INSCRIPTION ETUDE ENCADREE DE ST GERVAIS EN BELIN

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

NOM DE L'ENFANT :	PRENOM DE L'ENFANT :
Classe :	Prix de l'étude encadrée : 1,80 €

SEPTEMBRE 2019	Jeudi	X	X	X	26		
OCTOBRE 2019	Jeudi	03	09	17			Obs :
NOVEMBRE 2019	Jeudi		07	14	21	28	Obs :
DECEMBRE 2019	Jeudi	05	12	19			Obs :

J'entoure les cases où j'inscris mon enfant à l'étude encadrée.

JANVIER 2020	Jeudi		09	16	23	30	Obs :
FEVRIER 2020	Jeudi		06	13			Obs :
MARS 2020	Jeudi	05	12	19	26		Obs :
AVRIL 2020	Jeudi	02	09			30	Obs :
MAI 2020	Jeudi	07	14	X	28		Obs :
JUIN 2020	Jeudi	04	11	18	25		Obs :

J'entoure les cases où j'inscris mon enfant à l'étude encadrée.