

**ECOLE PUBLIQUE de COMPS-sur-ARTUBY**  
**Place du Campon – 83840 COMPS sur ARTUBY – Tel : 04.94.85.68.72**

**DEMANDE D'INSCRIPTION AU COIN DINATOIRE 2022-2023**

(une demande par enfant)

Je soussigné : NOM – Prénom : .....

Domicile : .....

Tél : ..... Tél portable : .....

Sollicite l'admission de mon enfant :

NOM – Prénom : .....

Au Coin Dîatoire les jours suivants (*barrer les mentions inutiles*) : Lundi – Mardi – Jeudi – Vendredi

Pour la raison suivante : .....

**Jours, heures et lieu de travail de la maman :**

Jours	Heures	Lieu de travail
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

**Jours, heures et lieu de travail du papa :**

Jours	Heures	Lieu de travail
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

- Autorise le personnel chargé de la surveillance à prendre toute mesure que nécessiterait l'état de santé de l'enfant ;

- Mon enfant souffre :

Asthme       Diabète       Epilepsie       Hémophilie       Atteinte cardiaque

Allergie alimentaire : .....  Autres .....

- En cas d'urgence je demande de prévenir par ordre de préférence :

Mme/ M. .... Tél .....

Mme/ M. .... Tél .....

- Accepte le **règlement du fonctionnement** du "Coin dîatoire" ;

- **Ci-joint attestation d'assurance extrascolaire** ;

- **Ci-joint attestation des employeurs.**

Fait à ....., le .....

Signature



**REPONSE**

L'enfant .....

est admis au coin dîatoire.

n'est pas admis au coin dîatoire.

pour les raisons suivantes .....

A COMPS/ARTUBY, le

Le Maire  
A. BARALE