

**JRB - L'ILE AUX COPAINS**

Périscolaire "L'île aux Copains "

place Jacques Courant

68320 DURRENENTZEN

Téléphone : 03.89.22.73.79

Fax :

E-Mail : peri.durren@gmail.com

**PARENTS - 2021/2022**

Le 18/03/2021

**RESPONSABLE LEGAL (1)**

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom :** .....  
**Adresse :** .....  
**Complément d'adresse :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....  
**E-mail :** .....  
**Nationalité :** .....  
**Qualité :** Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
**Situation de famille :** Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
**Profession :** .....  
**Employeur :** .....  
**Adresse professionnelle :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone professionnel :** .....  
**E-mail professionnel :** .....  
**Régime sécurité sociale :** Général / Autre / MSA  
**Caisse sécurité sociale :** ..... **Caisse CAF :** .....  
**Numéro allocataire CAF :** .....

**RESPONSABLE LEGAL (2)**

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom :** .....  
**Adresse :** .....  
**Complément d'adresse :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....  
**E-Mail :** .....  
**Nationalité :** .....  
**Qualité :** Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
**Situation de famille :** Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
**Profession :** .....  
**Employeur :** .....  
**Adresse professionnelle :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone professionnel :** .....  
**E-mail professionnel :** .....  
**Régime sécurité sociale :** Général / Autre / MSA  
**Caisse sécurité sociale :** ..... **Caisse CAF :** .....  
**Numéro allocataire CAF :** .....

**Nb enfants total / à charge** ..... / .....**Quotient familial :** .....

- n° CAF  
 Tranche tarifaire "E" signée

- Règlement Intérieur Lu et Accepté  
 Avis d'imposition

**Cotisation :** ..... €**Date début :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Date fin :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature des Responsables légaux :

Nom : .....

**JRB - L'ILE AUX COPAINS**

Périscolaire "L'île aux Copains "

place Jacques Courant

68320 DURRENENTZEN

Téléphone : 03.89.22.73.79

Fax :

E-Mail : peri.durren@gmail.com



**ENFANT - 2021/2022**

Le 18/03/2021

**Nom :** ..... **Autorité parentale**

**Prénom :** .....

**Date de demande :** \_\_/\_\_/\_\_ **Date d'inscription :** \_\_/\_\_/\_\_ **Sexe :** Garçon / Fille

**Date de naissance :** \_\_/\_\_/\_\_ **Nationalité :** .....

**Lieu de naissance :** ..... **Langue maternelle :** .....

**Commune :** ..... **Ecole :** ..... **Classe :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :**

1. Responsable légal (1): Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....

2. Responsable légal 2 : Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse / CP / Ville :** .....

**Téléphones :** ..... **Lien de parenté :** .....

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Signature des responsables

Nom : .....

## GRILLE TARIFAIRE Tranche E 2ème enfant

---

Supp Widen soir : 2.7 €  
Supp Widen midi : 3.6 €  
Adhésion : 12 €  
Accueil 1h : 1.93 €  
Midi 2h Péri-scolaire : 3.86 €  
Repas : 4.45 €  
Soir x 2h30 - Péri-scolaire : 5.39 €  
matin x1 - péri-scolaire : 1.93 €

Supplément soir : 2 €

### PIECES JUSTIFICATIVES

---

- Autorisation droit à l'image
- Attestation Assurance
- Autorisation Sorties
- Autorisation d'administrer des médicaments

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature des responsables

Nom : .....

