

VILLE DE VILLEMOMBLE

Service de l'Enfance

Téléphone : 01 49 35 25 23

Fax : 01 49 35 25 33

**DEMANDE DE PRÉINSCRIPTION
AU « CIRCUIT OUEST AMÉRICAIN »
Séjour d'été 2019**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A retourner avec le dossier complet au service de l'enfance

Au plus tard le vendredi 19 avril 2019

Remplir une demande par enfant

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

Représentant N° 1 de la famille :	Représentant N° 2 de la famille :
Civilité : Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> NOM : Prénom : Date et lieu de naissance : Adresse :	Civilité : Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> NOM : Prénom : Date et lieu de naissance : Adresse :
LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Tutrice : <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Tutrice : <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)
SITUATION FAMILIALE :	SITUATION FAMILIALE :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé * <input type="checkbox"/> Divorcé * <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé * <input type="checkbox"/> Divorcé * <input type="checkbox"/> Veuf
* Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation (fournir une copie du jugement) : Emploi en cours : OBLIGATOIRE : Pour vous joindre facilement : 📞 Domicile : 📞 Professionnel : 📞 Portable : ✉ Email :	* Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation (fournir une copie du jugement) : Emploi en cours : OBLIGATOIRE : Pour vous joindre facilement : 📞 Domicile : 📞 Professionnel : 📞 Portable : ✉ Email :
Nom – Prénom – Adresse et <u>signature obligatoire</u> du payeur du séjour :	
En cas de parents séparés, préciser le nom, prénom et adresse du parent ne faisant pas partie du foyer actuel :	
En cas d'absence ou d'urgence : nom (s) de la (les) personne (s) à prévenir, lien de parenté, adresse et téléphone :	



DEMANDE DE PRÉINSCRIPTION FORMULÉE POUR :

Les jeunes âgés de 15 ans à 17 ans révolus.

COCHEZ LE SÉJOUR SOUHAITÉ :

SÉJOUR 1 : du jeudi 11 juillet au lundi 29 juillet 2019	
SÉJOUR 2 : du mardi 6 août au samedi 24 août 2019	

Identité de l'enfant :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe :

Age :

Etablissement scolaire fréquenté :

Niveau de classe 2018 - 2019 :

Observations particulières :

J'atteste avoir pris connaissance de toutes les modalités d'inscription, de fonctionnement et de rapatriement disciplinaire explicitées dans le courrier de demande d'inscription. Je m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation avancés par l'organisme.

Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé » :