



**CONTRAT D'ACCUEIL GARDE DU MATIN
ECOLE ELEMENTAIRE D'OTTROTT ET SAINT NABOR**

Année scolaire 2018-2019

**Dossier complet à retourner à L'APEO
avant le 27 août 2018**

pour un accueil dès le 4 septembre 2018

ENTRE : LE REPRESENTANT LEGAL

PERE (ou TUTEUR)	MERE (ou FAMILLE D'ACCUEIL)
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
ADRESSE :	ADRESSE :
CP :Ville :	CP :Ville :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. port. :	Tél. port. :
Adresse courriel :	Adresse courriel
Tel. professionnel :	Tél. professionnel :

ET : **L'APEO** ADRESSE COURRIEL : apeo@live.fr

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT POUR L'ACCUEIL : **DE(DES) L'ENFANT(S)**

1^{er} ENFANT Nom Prénom :
 Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
 classe fréquentée :

2^{ème} ENFANT Nom Prénom :
 Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
 classe fréquentée :

FREQUENTATION ACCUEIL DU MATIN

Les parties au contrat déclarent que l'(les) enfant(s) sera(ont) confié(s) à la garde du matin les jours suivants :

Enfant	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
1 ^{er}				
2 ^{ème}				

(Veuillez cocher les cases correspondantes)

Si vous ne pouvez pas indiquer les jours concernés, merci de noter ci-dessous le nombre de jours minimum de présence de votre enfant par semaine : jours par semaine au moins sur la totalité de la période de l'année scolaire (hors vacances) : 2018-2019

Toute modification du type d'accueil entrainera la signature d'un nouveau contrat selon conditions prévues au règlement intérieur en vigueur signé par les parents.

PARTICIPATION FINANCIERE

Tout temps d'accueil réservé sera facturé. La famille s'engage à s'acquitter du règlement s'appuyant sur les tarifs applicables, à savoir : **2 EUROS / MATIN**

FACTURATION

J'autorise l'APEO à me transmettre les factures trimestrielles par mail :

OUI Mon adresse mail.....

NON je préfère recevoir les factures par courrier.

ASSURANCE

La famille déclare avoir souscrit une assurance individuelle couvrant les risques éventuels d'accident dont l'enfant serait auteur ou victime (joindre impérativement une attestation d'assurance).

Compagnie : N° de police :

Adresse complète : Validité :

CP : Ville :

MEDECIN TRAITANT

Nom Tél. :

Ville :

Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant l'(les) enfant(s)

.....
.....
.....

Je soussigné(e) Mlle Mme M.

Père Mère Tuteur

Certifie exacts les renseignements portés sur ce contrat.

Approuve le règlement intérieur

Contrat établi en double exemplaire.

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Signature du responsable légal
ou du tuteur

Signature du représentant de l'APEO