

Identité de l'élève :NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :**Représentant légal :**NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL COMMUNE :
TELEPHONE : COURRIEL :**Lieu de prise en charge si différent du domicile du représentant légal :** Assistant maternel/Garderie Assistant familial Foyer Autre :
NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL COMMUNE :
TELEPHONE : COURRIEL :**Scolarité :**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :
CLASSE :
REGIME DE FREQUENTATION :
ADRESSE :
CODE POSTAL COMMUNE :
**CACHET DE L'ETABLISSEMENT
OBLIGATOIRE :****Motif de la demande :** Stage Ateliers relais
 Correspondant : Nom et prénom du correspondant :**Détail du transport : PERIODE DU AU**

COMMUNE DE DEPART :

COMMUNE DE DESTINATION :

Le représentant légal déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du réseau FLUO et du contrat de bonne conduite de l'élève et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande d'inscription.

Date :**Signature :**