# Villemolaque

### NOTE D'INFORMATIONS

1 place de la République 04 68 21 70 72

## INSCRIPTION GARDERIE

Les inscriptions pour la garderie se font auprès de la Mairie.

#### <u>Documents à remettre pour l'inscription :</u>

- ☐ Formulaire d'inscription
- □ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- □ Pièces d'identité des parents
- □ Règlement Intérieur
- ☐ Mode de règlement Attestation CAF

Les dossiers doivent être retournés au plus tard le 25 août 2025. Tout dossier incomplet ou non rendu à échéance, empêchera la prise en charge de votre enfant à la rentrée en septembre.

## INSCRIPTION CANTINE

Les inscriptions pour la restauration scolaire se font exclusivement par voie dématérialisée sur le site internet de la Communauté de Communes des Aspres à l'adresse suivante :

https://www.espace-citoyens.net/cc-aspres/espace-citoyens

Vous pouvez contacter la Communauté de Communes des Aspres pour l'obtention d'identifiants au : 04 68 53 21 87

Les inscriptions doivent être effectuées au plus tard le vendredi 22 août 2025 date à laquelle les repas seront commandés pour la rentrée de septembre. Toute inscription faites après cette date empêchera la prise en charge de votre enfant à la rentrée en septembre.

## INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

Les inscriptions pour le centre de loisirs se font également par voie dématérialisée sur le site internet de la Communauté de Communes des Aspres à l'adresse suivante :

https://www.espace-citoyens.net/cc-aspres/espace-citoyens



## INSCRIPTION À LA GARDERIE

2025/2026

1 place de la République

04 62 21 70 72	Horaires à respe	cter : 7h30 – 8h45 et 1	16h30 - 18h30	
Inscription à c	ompter du :			
☐ TICKET (Jou	ırnée) 🗖 MOIS			
☐ ANNUEL :	□LUNDI □ MARD	I □ JEUDI □ VEND	PREDI → □ MATIN □ SOIR	
Le ou les enfants :				
Nom(s):	Prénom(s) :	Date de naissance :	Lieu de naissance :	Classe :
Responsables Légaux :				
Nom(s):				
Prénom(s):				
Date naissance :				
N° CAF :				
Adresse :				
Téléphone :				
Adresse email :				
Personnes autorisées à récupérer le  ou les enfants (Nom, prénom, téléphone) :				
□       □				
Médecin Traitant (Nom et téléphone) :				
⇒				
En cas d'urgence, je s responsable légal, <b>AU</b> Centre Hospitalier pa	ous soussigné JTORISE le responsabl r l'intermédiaire des l	e de la garderie à faire Pompiers.	e transporter mon ou mes enfants	,
Téléphone :  Adresse email :  Personnes autorisées à récupérer le ou les enfants (Nom, prénom, téléphone) :  ⇒  Médecin Traitant (Nom et téléphone) :  ⇒				

Date et Signature :