

IDENTITE DU(DES) ENFANT(S)

	Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3		Enfant 4	
Nom & Prénom								
Sexe	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M						
Classe à la rentrée								
Date de naissance								

N° sécurité sociale rattaché à(aux) l'enfant(s) _____
 N° allocataire (CAF ou MSA) _____
 Nom et n° de la police d'assurance _____
 Quotient Familiale _____
 Garde alternée Garde exclusive

IDENTITE DU(DES) RESPONSABLE(S)

	Responsable 1			Responsable 2		
Nom & Prénom						
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Concubin	_____	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Concubin	_____
Adresse						
Domicile						
Portable						
Professionnel						
Nom et adresse de l'employeur						
Employeur						
Adresse e.mail						

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER LE(LES) ENFANT(S) – AUTRE QUE LE(LES) RESPONSABLE(S)

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom & Prénom			
Téléphone			

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

J'atteste que mon(mes) enfant(s) est(sont) à jour de ses(leurs) vaccinations. Date du dernier D.T.P. _____
 Allergies | Asthme | Alimentaires | Médicamenteuses | Autres _____
 En cas de PAI ou de contre-indication médicale, la famille est tenue de nous transmettre l'ordonnance médicale.

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Nom et n° téléphone du médecin de famille _____
 Votre(vos) enfant(s) porte-t-il(s) des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. précisez

Pratiques alimentaires particulières _____

INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Occasionnel

INSCRIPTION GARDERIE SCOLAIRE

	Horaires du Matin 7:30 à 8:45			Horaires de l'Après-midi 16:30 à 18:30			
	7:30 à 8:45	8:00 à 8:45	8:30 à 8:45	16:30 à 17:00	16:30 à 17:30	16:30 à 18:00	16:30 à 18:30
Lundi							
Mardi							
Jeudi							
Vendredi							

Pour le matin, cochez la case d'heure d'arrivée à l'accueil périscolaire.

Pour le soir, cochez la case d'heure de départ de l'accueil périscolaire.

La facturation se fait par demi-heure.

MODE DE REGLEMENT

- Prélèvement (Si oui, Merci de nous fournir un RIB et compléter le formulaire SEPA)
- Hors prélèvement (Espèces, chèques, virements Payfip, carte bancaire)

PIECES JUSTIFICATIVES DEMANDÉES

Attestation CAF ou MSA

Le quotient familial est indispensable pour définir le tarif journalier ou hebdomadaire dont vous pouvez bénéficier.

Sans justificatif, le tarif le plus haut sera appliqué.

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident
- Vaccins

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____

Autorise le responsable du service à faire donner tout soin et intervention, nécessaire en cas d'urgence, à mon(mes) enfant(s).

Si mon(mes) enfant(s) est(sont) photographié(s), j'autorise à ce que les photos soient publiées sur les supports d'informations de la commune ou du gestionnaire du restaurant scolaire.

Autorise mon(mes) enfant(s) à partir seul(s)

Fait à _____ le _____

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

DOSSIER À RETOURNER AVANT LE 4 JUILLET 2025 AU SECRÉTARIAT DE MAIRIE.

Seules les personnes habilitées de la mairie auront accès à vos données. Elles ne seront ni données ni vendues. Conformément à la loi « informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez avoir accès et rectifier les informations qui vous concernent en vous adressant à l'accueil périscolaire.