

CADRE RESERVE A LA MAIRIE

NOM DE FAMILLE :

N° URGENCE FAMILLE :

Dossier reçu le :

Dossier validé le :

DOSSIER ADMINISTRATIF – INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES

(garderie, restauration)

ANNEE SCOLAIRE :/.....

Dossier à constituer pour l'inscription administrative aux différents services communaux

	<u>Responsable légal n°1</u> (destinataire des factures)	<u>Responsable légal n°2</u>
NOM d'usage		
Nom de famille		
Prénom		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale/PACS <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale/PACS <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse domicile		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Adresse mail		
Société d'assurance		
Numéro de contrat		
Paiement des prestations	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement (compléter le mandat SEPA)	

	ENFANT 1	ENFANT 2
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Classe		
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Personnes autorisées à venir chercher ou accompagner l'enfant (autre que responsables légaux)	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Restaurant scolaire	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)
Garderie périscolaire	Votre enfant sera présent : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi matin <input type="checkbox"/> Lundi soir <input type="checkbox"/> Mardi matin <input type="checkbox"/> Mardi soir <input type="checkbox"/> Mercredi matin <input type="checkbox"/> Jeudi matin <input type="checkbox"/> Jeudi soir <input type="checkbox"/> Vendredi matin <input type="checkbox"/> Vendredi soir <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)	Votre enfant sera présent : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi matin <input type="checkbox"/> Lundi soir <input type="checkbox"/> Mardi matin <input type="checkbox"/> Mardi soir <input type="checkbox"/> Mercredi matin <input type="checkbox"/> Jeudi matin <input type="checkbox"/> Jeudi soir <input type="checkbox"/> Vendredi matin <input type="checkbox"/> Vendredi soir <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)
Nom du médecin traitant		
Tél. médecin traitant		
	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.

	ENFANT 3	ENFANT 4
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Classe		
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que responsables légaux)	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Restaurant scolaire	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)
Garderie périscolaire	Votre enfant sera présent : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi matin <input type="checkbox"/> Lundi soir <input type="checkbox"/> Mardi matin <input type="checkbox"/> Mardi soir <input type="checkbox"/> Mercredi matin <input type="checkbox"/> Jeudi matin <input type="checkbox"/> Jeudi soir <input type="checkbox"/> Vendredi matin <input type="checkbox"/> Vendredi soir <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)	Votre enfant sera présent : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi matin <input type="checkbox"/> Lundi soir <input type="checkbox"/> Mardi matin <input type="checkbox"/> Mardi soir <input type="checkbox"/> Mercredi matin <input type="checkbox"/> Jeudi matin <input type="checkbox"/> Jeudi soir <input type="checkbox"/> Vendredi matin <input type="checkbox"/> Vendredi soir <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)
Nom du médecin traitant		
Tél. médecin traitant		
	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.

J'autorise la commune à utiliser l'image de mon (mes) enfant(s) au travers de photos ou films pris au cours de leurs activités :

- Pour toute exposition de photos internes, pour les activités ou pour remise aux autres parents dont les enfants sont représentés sur ces images
 OUI NON
- Pour toute éventuelle parution par voie de presse ou informatique
 OUI NON

ENGAGEMENT

Je soussigné (é) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

Je m'engage à signaler toute modification de situation (familiale, vaccination, maladie, coordonnées, ...).

Je m'engage à régler les prestations relatives aux services fréquentés par mon (mes) enfant(s).
Je suis informé(e) que l'inscription des enfants implique l'adhésion pleine et entière aux règlements des services fréquentés.

Fait à :

Le :

Signature

Documents à fournir **obligatoirement**

- Le présent dossier dûment complété, daté et signé. (à fournir chaque année)
- Copie du livret de famille (première inscription uniquement)
- Copie des pages vaccinations du carnet de santé (par enfant) (première inscription uniquement)
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (si changement/première inscription)
- Extrait de jugement ou convention en cas de séparation ou divorce avec le planning de garde en cas de garde alternée (si changement/première inscription)
- Attestation de responsabilité civile ou d'assurance scolaire mentionnant l'extension de couverture aux services périscolaires (à fournir chaque année)
- Photo d'identité (1 par enfant) (première inscription uniquement)
- ~~Mandat de prélèvement (SEPA) joint accompagné d'un RIB si vous souhaitez payer les prestations par ce moyen~~

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et à la facturation des activités. Elles seront détruites dans un délai de 6 mois, à la fin de la scolarité du dernier enfant ou à défaut de paiement dans le délai de 6 mois suivant le règlement des prestations dues. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, et aux dispositions du Règlement Général de la Protection des Données, vous êtes informés que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant à la mairie.