

**A RETOURNER OBLIGATOIREMENT A LA MAIRIE  
AVANT LE 15 JUILLET 2024**

**FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2024/2025**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) :**

Nom	Prénom	Date de naissance	sexe	classe
		__/__/____	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M	
		__/__/____	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M	
		__/__/____	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M	
		__/__/____	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M	
		__/__/____	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M	

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX :**

**Représentant Légal 1 :**

M.    Mme

NOM et prénom .....

Adresse domicile .....

N° téléphone domicile .....

Mail :.....

N° de téléphone où l'on peut joindre un parent de 12h à 13h20 et pendant le temps périscolaire

**renseignements obligatoires :**

Représentant 1 : Portable : .....

Représentant 1 : Travail : .....

**Représentant Légal 2 :**

M.    Mme

NOM et prénom .....

Adresse domicile .....

N° téléphone domicile .....

Mail :.....

Représentant 2 : Portable : .....

Représentant 2 : Travail : .....

**Autres personnes majeures susceptibles de prendre en charge l'enfant sur le temps périscolaire :**

M.    Mme

NOM et prénom .....

Lien de parenté : .....

Adresse domicile .....

N° téléphone .....

M.    Mme

NOM et prénom .....

Lien de parenté : .....

Adresse domicile .....

N° téléphone .....

M.    Mme

NOM et prénom .....

Lien de parenté : .....

Adresse domicile .....

N° téléphone .....

M.    Mme

NOM et prénom .....

Lien de parenté : .....

Adresse domicile .....

N° téléphone .....

**ASSURANCE (responsabilité civile) :**

Nom de la compagnie d'assurance : .....

N° du contrat : .....

N° CAF : .....

**RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT :**

Allergies       Oui   Lesquelles .....       Non

En cas d'allergie, un protocole d'accueil individualisé devra être mis en place et validé par le médecin scolaire pour que l'allergie soit prise en compte.

## INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE :

- Restaurant scolaire (\*)  Abonnement  Repas unité
- Etude  Oui  Non
- Garderie matin  Oui  Non
- Garderie soir  Oui  Non

(\*) Pour les enfants de maternelle, il sera demandé de fournir une serviette par semaine (marquée au nom de l'enfant)

## PAIEMENT À RECEPTION DU TITRE DE RECETTES :

L'avis de somme à payer sera à adresser :

Représentant Légal  1 ou  2 ou  autre personne (préciser le nom et adresse)

## METHODE DE FACTURATION :

### PAR PRÉLEVEMENT :

Prélèvement effectué tous les mois avec réception d'un avis de somme à payer des Finances Publiques qui fera office de justificatif de facture. (pièces à fournir RIB et imprimé SEPA à remplir et à demander en mairie)

### POUR LES NON-PRELEVÉS :

Un avis de somme à payer des Finances Publiques sera adressé aux familles leur permettant d'honorer leur facture.

Les différents modes de règlement possibles seront :

- **Païement par chèque et chèque CESU** : chèque à déposer au trésor public au 11 boulevard Lamartine au Mans (secteur palais des congrès) à l'ordre du Trésor Public.
- **Païement en espèces ou carte bancaire** : dans un bureau de tabac à l'aide d'un QR code qui se trouvera sur l'avis de somme à payer
- **Païement par carte bancaire** : sur le site [PAYFIP](http://PAYFIP) à l'aide d'un code qui vous sera remis et votre numéro qui figure sur l'avis de somme à payer.

## AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) ..... responsable de .....

Autorise ou  n'autorise pas (conformément au droit à l'image et à sa diffusion) à ce que tous supports visuels (photographies, vidéos) puissent être utilisés sans contrepartie financière dans le cadre des activités du restaurant scolaire ou publications de la commune de Saint Saturnin

Autorise le personnel à donner de petits soins en cas d'incident bénin

Autorise le personnel à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale. En cas de recours aux services d'urgence (pompiers, SAMU...), un enfant accidenté ou malade est orienté, transporté et hospitalisé par les services de secours d'urgence.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et en accepte toutes les clauses. J'en ai également donné lecture à mon enfant pour qu'il respecte les règles de vie et consignes de la cantine.

Ce document est à retourner obligatoirement à la mairie.

A ....., le .....  
Nom, prénom et Signature du responsable légal

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont archivées sous forme papier par la commune de Saint Saturnin dans le but de prévenir les familles en cas d'urgence. Elles sont conservées uniquement pendant l'année scolaire en cours. Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie de Saint Saturnin.*