



Pithiviers le Vieil

DOSSIER FAMILLE
VALABLE DU 01/09/2024 au 31/08/2025
RESTAURATION - PERISCOLAIRE

DOSSIER A RENDRE AVANT LE 12/08/2024
à la mairie de Pithiviers le Vieil

RESPONSABLES DU FOYER

	Responsable 1	Responsable 2
identité		
Parenté	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres
NOM		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Coordonnées		(à remplir si différente)
Adresse		
Code postal - Ville		
Domicile		
Portable		
Courriel		
Travail		
Profession		
Employeur		
Adresse		
Tél.		

SITUATION FAMILIALE (entre les responsables)

- Vie maritale Marié (e) Veuf(ve)
 Séparé (e)* PACSé(e) Autre
 Divorcé (e) *

* IMPORTANT : en cas de séparation ou divorce, fournir impérativement la copie du jugement du Tribunal (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)

FACTURATION

- Responsable 1 et 2 Responsable 1 Responsable 2
 Autre (préciser et remplir le tableau ci-dessous).....

NOM, Prénom ou dénomination	Adresse	Tél

MEDECIN TRAITANT :

Nom et prénom

Adresse

.....



PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT
Justificatif de domicile de moins de 3 mois
selon votre situation :
Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire
En cas de séparation ou de divorce, fournir impérativement la copie du jugement du tribunal (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)

NOMBRE D'ENFANTS A INSCRIRE :

(remplir 1 dossier d'inscription individuel par enfant)

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et seront remis à jour le cas échéant

Pithiviers le Vieil le

Signature du responsable légal

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de votre/vos enfant(s) aux différents services. Le destinataire des données est : le personnel des services concernés. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'autorité compétente du service concerné (maire). Vous pouvez également pour des motifs légitimes vous opposer au traitement des données vous concernant.



PITHIVIERS LE VIEIL

**DOSSIER D'INSCRIPTION INDIVIDUEL
VALABLE DU 01/09/2024 AU 31/08/2025
ENFANT / USAGER
RESTAURATION - PERISCOLAIRE**

NOM	PRÉNOM

**DOSSIER A RENDRE AVANT LE 12 AOÛT 2024
A LA MAIRIE DE PITHIVIERS LE VIEIL**

ENFANT :

Date de naissance	Sexe	Nom de l'école	Classe

RESPONSABLE LÉGAL :

Nom :	
<input type="checkbox"/> Portable :	<input type="checkbox"/> Courriel :

PLANNING HEBDOMADAIRE DE FRÉQUENTATION DE LA GARDERIE ET DU RESTAURANT SCOLAIRE
Compléter le tableau ci-dessous en cochant les jours de fréquentation de votre enfant

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
7 h 15 - 8 h 50				
Cantine				
16 h 30 - 18 h 30				

Au moment de la réinscription à la garderie pour l'année scolaire suivante, aucune inscription ne sera accordée s'il reste des sommes dues.

Observations :

.....

**PERSONNES MAJEURES A CONTACTER (autres que les responsables) EN CAS D'URGENCE OU HABILITÉS
A VENIR CHERCHER L'ENFANT (2 AU MAXIMUM)**

Nom	Prénom	Adresse	Tel	Parenté	URGENCE	HABILITÉ
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ALLERGIES		
<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Autres (animaux, pollen....)		
<i>Joindre un justificatif médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir</i>		
<input type="checkbox"/> Problème médical nécessitant un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)		
<input type="checkbox"/> Particularité alimentaire		
<input type="checkbox"/> Autres		
.....		

Je soussigné (e), responsable de l'enfant cité ci-dessus, agissant en qualité de responsable légal,

- autorise les services à publier les photographies et vidéos de l'enfant dans une édition municipale et dans la presse locale à des fins non commerciales oui non
- autorise l'enfant à fréquenter les services mentionnés ci-dessus
- délègue l'équipe d'animation afin de prendre toutes les mesures indispensables pour la sécurité de l'enfant en cas de problèmes majeurs, d'accident ou nécessitant une hospitalisation
- déclare avoir été informé qu'il m'appartient de souscrire une assurance extrascolaire (garantie individuelle corporelle) pour chaque enfant
- certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et seront remis à jour le cas échéant, sur présentation des justificatifs correspondants, au service facturation
- m'engage à suivre l'évolution des règlements et règles de vie des activités auxquelles j'inscris mon enfant
- déclare avoir pris connaissance des conditions particulières et générales du règlement intérieur de la garderie et du restaurant scolaire et les accepter

A le

Signature du responsable légal

FICHE URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE

NOM DE L'ENFANT : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

CLASSE : _____

Personnes majeures à contacter en cas d'urgence :

COORDONNEES DES PARENTS				
NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

AUTRES PERSONNES A PREVENIR				
NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

Médecin traitant : _____

Allergies : Alimentaire oui non

si oui lesquelles : _____

Médicamenteuse oui non

si oui lesquelles : _____

Asthme oui non

Autres : _____

Particularités alimentaires : _____

Rappel : serviette de table obligatoire du CP au CM2 (à changer chaque semaine)

