

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

Enfant en Garde alternée : OUI NON
(si oui compléter 1 dossier par parent)

FRÉQUENTATION CANTINE lundi mardi jeudi vendredi
 Aléatoire (selon planning travail)

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ **Prénom** : _____

Date de naissance : _____ **Lieu de naissance** : _____

ÉCOLES

Maternelle **L. Michel**
Déplacement école/cantine : en BUS **ou à pied - sauf intempéries**
Pour info (toute petite section/petite section/moyenne section) (moyenne section /grande section)

Maternelle **P. Reig**
Déplacement école/cantine : en BUS
Pour info (toute petite section/petite section/moyenne section /grande section)

Maternelle **F. Dolto**

Ecoles Élémentaires **J. Néo** **F. Dolto**

NIVEAU DE CLASSE à la rentrée : _____ **ENSEIGNANT** à la rentrée : _____

PARENTS de l'ENFANT

• **Nom et Prénom Parent 1** : _____

• **Adresse** : _____

• **Nom et Prénom Parent 2** : _____

• **Adresse** : _____

Adresse mail qui sera utilisée pour accéder à « ESPACE FAMILLE » pour réservation et paiement repas en ligne :

Régime alimentaire particulier ou allergies : _____

Droit à l'image durant le temps du repas : J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

Numéros de téléphone (obligatoire) : indiquer aussi un numéro où on peut vous joindre entre 12 h et 14h.

- 📞 (n° domicile) : _____
- 📞 (portable) : Parent 1 : _____ Parent 2 : _____
- 📞 (autres personnes, précisez) : _____

Nom et téléphone du médecin de famille : _____

Je soussigné (e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Personnel encadrant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

tournez la page SVP

Foyer :

1 parent

2 parents

PAIEMENTS

Réservations des repas et paiement en ligne

Prélèvement Changement par rapport à 2019-2020

Oui -> nouvelle autorisation de prélèvement + RIB

Non

Permanence chaque mois (espèces, chèques, CB)

(Calendrier à respecter obligatoirement faute de commande de repas).

Numéro MSA ou Sécurité sociale : _____

Numéro d'allocataire CAF : _____

Date de naissance du parent allocataire : _____

Avis d'imposition : oui /non

Quotient familial : _____

EMPLOYEURS

• **Profession du parent allocataire :** _____

• **Nom et adresse de l'employeur :** _____

• **Profession de l'autre parent :** _____

• **Nom et adresse de l'employeur :** _____

FORMATION

Nom de l'organisme de formation

Période de formation : du _____ **au** _____

Période de formation : du _____ **au** _____

DEMANDE EXCEPTIONNELLE

Nom de l'organisme qui demande l'inscription

Période demandée : du _____ **au** _____

Période demandée : du _____ **au** _____

Période demandée : du _____ **au** _____

NB : Dans le cadre de la présente collecte des données, la Commune vous informe du respect des dispositions du règlement européen, Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD – n°2016/679 applicable à compter du 25.05.2018)