

DOSSIER D'INSCRIPTION

à retourner à l'accueil de la Mairie

ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / PASS' TON MERCREDI
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

En cas de garde alternée, merci de remplir 2 formulaires, un par parent.

NOM DE LA FAMILLE :

ATTENTION !!!

*Le délai de traitement de ce dossier peut atteindre 5 jours.
Merci de bien vouloir anticiper vos démarches en prenant les dispositions adéquates.*

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER :

Encadré réservé à l'administration

- Copie de la carte d'identité de l'enfant ou du livret de famille
- Copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau/gaz/électricité, quittance de loyer...)
- Copie de l'attestation de quotient familial CAF/MSA ou copie de l'avis d'imposition 2022 (revenus 2021) du foyer fiscal (familles n'ayant pas de numéro CAF/MSA)
- Copie de l'attestation d'assurance (scolaire et/ou extrascolaire, responsabilité civile)
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant
- Attestation(s) employeur(s) (obligatoire pour les enfants inscrits au Pass' ton Mercredi)
- Parents séparés : Copie du jugement définissant la résidence de l'enfant ou, en l'absence de jugement, l'attestation sur l'honneur (signée par les deux parents, avec pièces d'identité des 2 parents).
- Garde alternée : le calendrier fixant la résidence de l'enfant
- Attestation sur l'honneur pour les parents isolés

Aucune copie ne sera réalisée en Mairie.

Informations Famille

Responsable légal (1)

Père Mère Autre

NOM ET PRÉNOM
ADRESSE COMPLÈTE

.....
.....
.....
CP | _ | _ | _ | _ | Ville

TÉLÉPHONES

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. portable Tél. fixe (Domicile)

SITUATION FAMILIALE

Marié/Pacsé/Vie maritale Divorcé/Séparé
 Monoparentale/veuf(e) (fournir une attestation sur l'honneur)

PROFESSION *

EMPLOYEUR *

* Renseignements obligatoires

Tél. professionnel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE MAIL*

Obligatoire

Conjoint(e) si différent du responsable légal (2)

NOM ET PRÉNOM

TÉLÉPHONE

Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Responsable légal (2)

Père Mère Autre

.....
.....
.....
CP | _ | _ | _ | _ | Ville

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. portable Tél. fixe (Domicile)

Marié/Pacsé/Vie maritale Divorcé/Séparé
 Monoparentale/veuf(e) (fournir une attestation sur l'honneur)

Tél. professionnel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Conjoint(e) si différent du responsable légal (1)

Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Informations facturation et payeur

IDENTIFICATION DU PAYEUR :

Un seul choix possible

- Responsable légal 1
 Responsable légal 2
 Autre (indiquer le nom et l'adresse ci-dessous)

.....
.....
.....

RÉCEPTION DES FACTURES :

Un seul choix possible

- PAR MAIL* PAR COURRIER

**Si vous choisissez l'option facture électronique, vous devez créer votre compte, sur le portail famille pour consulter vos factures. Demandez votre code abonné en début d'année scolaire au service accueil de la Mairie.*

QUOTIENT FAMILIAL :

Un seul choix possible

- CAF* :
 MSA* :
 AVIS D'IMPOSITION*

**Fournir l'attestation CAF/MSA ou la copie de l'avis d'imposition*

Personne(s) de confiance

Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du (des) parent(s) de l'enfant déjà mentionné(s) sur le dossier.

1^{er} contact

NOM/PRÉNOM
LIEN AVEC L'ENFANT
TÉLÉPHONES

Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Autorisé à récupérer l'enfant
 À appeler en cas d'urgence

2^{ème} contact

Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Autorisé à récupérer l'enfant
 À appeler en cas d'urgence

3^{ème} contact

Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Autorisé à récupérer l'enfant
 À appeler en cas d'urgence

Informations Enfant(s)

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM	.....	.....	.....
PRÉNOM	.....	.....	.....
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
DATE DE NAISSANCE	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|
ECOLE	.....	.....	.....
CLASSE	.....	.....	.....

Authorisations diverses

AUTORISÉ(E) À RENTRER SEUL(E) ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DROIT À L'IMAGE ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SOINS D'URGENCE ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) J'autorise la commune à laisser mon enfant rentrer seul.

(2) J'autorise la commune à photographier ou à filmer mon (mes) enfant(s) au cours des activités périscolaires ou extrascolaires, pour utilisation sur les différents supports de communication de la ville (site internet, guide pratique, bulletin municipal...).

(3) J'autorise la commune à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires (diagnostiquées par le médecin) pour la santé de mon (mes) enfant(s).

Inscriptions aux services périscolaires

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESTAURATION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier
	lundi mardi jeudi vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	lundi mardi jeudi vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	lundi mardi jeudi vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
À PARTIR DU :	.....	.....	.....
RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel
	Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> PAF avec panier repas* <input type="checkbox"/>	Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> PAF avec panier repas* <input type="checkbox"/>	Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> PAF avec panier repas* <input type="checkbox"/>
	*si PAF, merci de compléter la rubrique renseignements médicaux	*si PAF, merci de compléter la rubrique renseignements médicaux	*si PAF, merci de compléter la rubrique renseignements médicaux
PASS' TON MERCREDI	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier
	journée complète <input type="checkbox"/> matin avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/> après-midi avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/>	journée complète <input type="checkbox"/> matin avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/> après-midi avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/>	journée complète <input type="checkbox"/> matin avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/> après-midi avec repas <input type="checkbox"/> sans repas <input type="checkbox"/>
À PARTIR DU :	.....	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel

Informations sanitaires et vaccinations

	<i>1^{er} enfant</i>	<i>2^{ème} enfant</i>	<i>3^{ème} enfant</i>
MÉDECIN TRAITANT	.....	.....	.....
ADRESSE	.....	.....	.....
TÉL	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
VACCINS À JOUR*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Fournir obligatoirement la copie des pages des vaccins du carnet de santé de l'enfant ou un certificat médical précisant que l'enfant est à jour de ces vaccins.*

Renseignements médicaux

	Pas de PAI	PAI alimentaire	PAI non alimentaire	Pas de PAI	PAI alimentaire	PAI non alimentaire	Pas de PAI	PAI alimentaire	PAI non alimentaire
PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES ⁽⁶⁾	<i>à préciser</i>			<i>à préciser</i>			<i>à préciser</i>		
MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHME	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
AUTRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAITEMENT MÉDICAL ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES DE SANTÉ ⁽⁸⁾		
RECOMMANDATIONS UTILES ⁽⁹⁾		

(5) si oui, joindre obligatoirement le protocole au présent dossier.

(6) si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

(7) en cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

(8) indiquer les difficultés éventuelles de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre.

(9) informations que vous jugerez utiles à communiquer (port de lunettes, appareil dentaire, diabolos...).

DÉCLARATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents services périscolaires et en accepter les termes ;

déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle, quotient familial) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Fait à le

*Signature du responsable légal 1
(précédée de la "mention lu et approuvé")*

Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents services périscolaires et en accepter les termes ;

déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle, quotient familial) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Fait à le

*Signature du responsable légal 2
(précédée de la "mention lu et approuvé")*

Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.