



FORMULAIRE UNIQUE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE – PERISCOLAIRE

Année scolaire 2022-2023

Dossier réceptionné le :

ENFANT : NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : SEXE : M F
ÉCOLE : DEROGATION
CLASSE à la rentrée 2022-2023 :

PARENTS

Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Professionnel :

Mél :

Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité

Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Professionnel :

Mél :

Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité

Situation familiale :

Mariés Divorcés Union Libre Pacsés Célibataire Séparés Veuf(ve)

Facture adressée aux parents

En cas de séparation des parents : Facture adressée à la mère Facture adressée au père
 Facture séparée (accord écrit demandé aux deux parents)

CAF : N° allocataire : Quotient familial :

Sans communication du quotient CAF, c'est le montant maximum qui s'appliquera.

RESTAURATION SCOLAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le jeudi 1^{er} septembre 2022 ? Oui Non

Type de repas : standard alternatif PAI (sur justification médicale)
(repas fourni par la famille)

Sans PAI, aucun enfant allergique ne pourra être accepté en restauration scolaire.

ENFANT : NOM : PRÉNOM :
ÉCOLE :
CLASSE à la rentrée 2022-2023 :

MATERNELLE ET ELEMENTAIRE ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN
Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

MATERNELLE ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR
Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

ELEMENTAIRE ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR
Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

 Mon enfant sort seul à 17h30
 Mon enfant sort seul à 18h15
 Mon enfant ne sort pas seul

LE PRIOU ACCUEIL TAMPON
Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)
11h30 à 11h45 Lundi Mardi Jeudi Vendredi
16h30 à 16h45 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS
(en dehors du ou des responsables déjà mentionnés ci-dessus)

NOM – Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie avoir reçu ce jour le règlement de la vie scolaire et en accepter les termes.
Date : Signature des parents :
Attention : tout changement de situation (familiale, adresse, quotient CAF) doit être signalé au service éducation.

RÉSERVÉ AU SERVICE
 Fiche sanitaire Avis d'imposition Document attestant de l'autorité parentale et de la résidence de l'enfant (jugement pour les familles séparées)
 PAI Quotient CAF
 Livret de famille

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

ENFANT : NOM : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : SEXE : M F
 ÉCOLE : CLASSE à la rentrée 2022-2023 :

VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	Vaccins recommandés	
					Dates
DT Polio (Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite)				Coqueluche	
				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres	

Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir un certificat de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT

(allergies médicamenteuses, asthme...)

Problème dû à :

Manifestations :

Conduite à tenir :

.....

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Allergie à :

Manifestations :

Aliments à proscrire :

.....

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité des parents de nous signaler tout problème médical touchant leur enfant.

Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s), son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un certificat médical nous aura été fourni.

Dans le cas où l'allergie amènerait à exclure un aliment, nous vous demanderons de prendre contact avec le service, afin qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) soit éventuellement envisagé.

NOM – PRÉNOM – N° TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps de restauration et d'accueil de votre enfant.

RÉSERVÉ AU SERVICE

Mise en place d'un PAI : Oui Non

Certificat médical

RDV avec le responsable le : à

Autorisation parentale d'administrer un médicament