



# FORMULAIRE UNIQUE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE – PERISCOLAIRE

Année scolaire 2023-2024

Dossier réceptionné le : .....

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
ÉCOLE : ..... DEROGATION  CLASSE ULIS   
CLASSE à la rentrée 2023-2024 : .....

## 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  
 Garde alternée (*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 lundi 4 septembre 2023 ?  Oui  Non

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

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

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ÉCOLE : .....

CLASSE à la rentrée 2023-2024 : .....

## ACCUEIL PERISCOLAIRE

### MATIN MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi       Occasionnel

### SOIR MATERNELLE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi       Occasionnel

### SOIR ELEMENTAIRE

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 (page des parents)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
 ÉCOLE : ..... CLASSE à la rentrée 2023-2024 : .....

## VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)			

*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