



# FORMULAIRE UNIQUE D'INSCRIPTION

## RESTAURATION SCOLAIRE – PERISCOLAIRE

### Année scolaire 2024-2025

Dossier réceptionné le : .....

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
ÉCOLE : ..... DEROGATION  CLASSE ULIS   
CLASSE à la rentrée 2024-2025 : .....

#### PARENTS

Père  Mère  Tuteur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : .....

Mél : .....

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

Père  Mère  Tuteur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : .....

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)

Adhésion à la facture en ligne

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

Semaines paires :  Père  Mère

Semaines impaires :  Père  Mère

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 2 septembre 2024 ?  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 2024-2025 : .....

## ACCUEIL PERISCOLAIRE

### MATIN MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi       Occasionnel  
Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire le lundi 2 septembre 2024 ?       Oui       Non

### PERISCOLAIRE SOIR MATERNELLE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi       Occasionnel  
Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire le lundi 2 septembre 2024 ?       Oui       Non

### PERISCOLAIRE 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  
Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire le lundi 2 septembre 2024 ?       Oui       Non

### ECOLE MATERNELLE 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       Carnet de Santé       Avis d'imposition (N-1 sur revenus N-2)
- 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 2024-2025

ENFANT : NOM : .....	PRÉNOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....	SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ÉCOLE : .....	CLASSE à la rentrée 2024-2025 : .....

VACCINATION MERCI DE METTRE LA DATE DU DERNIER RAPPEL			
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.*

<b>NOM – PRÉNOM – N° TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT</b>
.....

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.*

<b>RÉSERVÉ AU SERVICE</b>	
Mise en place d'un PAI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Certificat médical
RDV avec le responsable le : ..... à .....	<input type="checkbox"/> Autorisation parentale d'administrer un médicament