

## INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE ET A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (périscolaire uniquement pour Montfaucon-Montigné)

DATE A LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ COMMENCER A UTILISER LE SERVICE : .....

### RESPONSABLES LÉGAUX

#### Responsable légal 1

Vous êtes :  Parents  
 Autres (préciser) .....

NOM-Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel (si nécessaire) : .....

E-mail de contact : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial (merci de fournir l'attestation) : .....

#### Responsable légal 2

Vous êtes :  Parents  
 Autres (préciser) .....

NOM-Prénom : .....

Adresse (si différente du responsable 1) : .....

.....

.....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel (si nécessaire) : .....

E-mail de contact : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial (merci de fournir l'attestation) : .....

### SITUATION FAMILIALE

Mariés

Vie maritale

Pacsés

Divorcés

Séparés

Célibataire

Veuf (ve)

Si vous êtes séparés ou divorcés indiquez le mode de garde :

Garde Alternée, précisez le rythme (semaine paire et impaire) : .....

Garde Responsable 1

Garde Responsable 2

Dans le cas d'un retrait d'autorité parentale, merci de préciser le ou les noms des parents concernés (merci de fournir une copie de la décision de justice) :

.....

.....

## ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M Date de naissance : .....

Classe : ..... Ecole : .....

L'enfant est scolarisé dans la commune déléguée : .....

Indiquer si un **projet d'accueil individualisé (PAI)** est mis en place par la famille avec le médecin scolaire et les différentes personnes intervenant auprès de l'enfant :

Oui (merci de préciser et de communiquer le PAI).....

Non

## RESTAURANT SCOLAIRE

Jour de fréquentation :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Mode de fréquentation :  Régulier  Occasionnel  Selon planning professionnel

Si vous changez de mode de fréquentation, vous devez faire le changement de vos réservations sur le portail familles

## ACCUEIL PERISCOLAIRE (uniquement pour Montfaucon-Montigné)

RAPPEL DES HORAIRES : Ouverture : 7h00 – Fermeture 19h00

Jour de fréquentation :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Mode de fréquentation :  Occasionnel  Annuel  Selon planning professionnel

Si vous changez de mode de fréquentation, vous devez faire le changement de vos réservations sur le portail familles

## PERSONNES AUTORISEES

Personnes autorisées autre que les parents à prendre en charge votre enfant (une pièce d'identité pourra être demandée) :

➤ NOM-Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Lien de parenté : .....

➤ NOM-Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Lien de parenté : .....

➤ NOM-Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Lien de parenté : .....

➤ NOM-Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Lien de parenté : .....

## MODALITES DE PAIEMENT DES SERVICES ET FACTURATION

- Prélèvement automatique – **vous devez fournir un RIB**
- Paiement par internet – vous devez être titulaire d'une carte bancaire de paiement
- Chèque – les chèques sont à adresser à la Trésorerie mentionné sur la facture
- Espèces – dans la limite de 300 €

Attention : si dans le cadre d'une garde alternée vous souhaitez une facturation différenciée (père/mère), vous devez compléter un dossier par parent et fournir un RIB chacun.

- Accepte la communication des factures par mail
- Refuse la communication des factures par mail

## DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

- Attestation du quotient familial
- RIB si paiement par prélèvement automatique
- PAI si projet d'accueil individualisé est mis en place
- Décision de justice dans le cas d'un retrait d'autorité parentale

Je soussigné (é), ..... représentant légal de  
l'enfant : .....

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie et l'école fréquentée par mon enfant de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale, ...)

Reconnais avoir pris connaissance et accepte que les informations recueillies fassent l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des enfants. Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent en contactant par voie postale la Mairie de Sèvremoine ou par courriel à [viescolaire@sevremoine.fr](mailto:viescolaire@sevremoine.fr)

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

Autorise la collectivité à photographier (ou à filmer) mon enfant, susmentionné, à utiliser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant dans le cadre des activités liées aux services auxquels mon enfant est inscrit, à diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant sur le site internet de la commune et dans le magazine municipal de la commune.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon enfant, notamment dans un but commercial ou publicitaire.

En inscrivant mon enfant au restaurant scolaire, je m'engage à prendre connaissance et veiller à ce que mon enfant respecte le règlement intérieur et la charte de vie précisant les exigences du cadre de la vie en collectivité s'appliquant à tous.

En inscrivant mon enfant à l'accueil périscolaire (uniquement pour Montfaucon-Montigné), je m'engage à prendre connaissance et veiller à ce que mon enfant respecte le règlement intérieur et la charte de vie précisant les exigences du cadre de la vie en collectivité s'appliquant à tous.

Fait à, ..... Signature (s)

Le, .....

A réception de votre dossier d'inscription au service Enfance Jeunesse, celui-ci sera saisi afin que vous puissiez avoir un accès au portail familles « NOE ».

Un mail vous sera envoyé pour vous indiquer de la finalisation de l'enregistrement et vous précisera votre identifiant (E-mail contact).

Ce portail familles vous permettra de modifier vos réservations/annulations, de réceptionner vos factures et de vous transmettre des informations importantes.

Retour du dossier, renseignements et information :  
Service Enfance Jeunesse ([viescolaire@sevremoine.fr](mailto:viescolaire@sevremoine.fr) et 02 41 55 36 76)

Nom-Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Commune déléguée de scolarisation : .....

**A. Vaccinations** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels		Vaccins recommandés	Dates	
	Oui	Non		Oui	Non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**B. Renseignements médicaux** :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Allergies** :

Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres (préciser)	.....

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir** :

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

.....

Indiquer si un **projet d'accueil individualisé (PAI)** est mis en place par la famille avec le médecin scolaire et les différentes personnes intervenant auprès de l'enfant :

Oui (merci de préciser et de communiquer le PAI)  Non

**C. Recommandations utiles des parents** :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....

Je soussigné, ..... représentant légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le personnel qui a en charge mon enfant à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, ..... Signature (s)

Le, .....