

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES

RESTAURATION ET ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

2026-2027



Renseignements Généraux

Restauration Scolaire

Périscolaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) ENFANT(S)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Future Classe

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom: [REDACTED] Prénom: [REDACTED] Date de naissance: [REDACTED] Qualité du responsable: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre préciser: [REDACTED] Situation familiale: <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Adresse: [REDACTED] Tél. domicile: [REDACTED] Tél. portable: [REDACTED] Tél. professionnel: [REDACTED] Email (obligatoire): [REDACTED] Garde alternée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro d'allocataire CAF: [REDACTED] Responsable à facturer: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prélèvement automatique: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre un RIB, un mandat SEPA vous sera ensuite envoyé pour signature).	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom: [REDACTED] Prénom: [REDACTED] Date de naissance: [REDACTED] Qualité du responsable: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre préciser: [REDACTED] Situation familiale: <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Adresse: [REDACTED] Tél. domicile: [REDACTED] Tél. portable: [REDACTED] Tél. professionnel: [REDACTED] Email (obligatoire): [REDACTED] Garde alternée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro d'allocataire CAF: [REDACTED] Responsable à facturer: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prélèvement automatique: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre un RIB, un mandat SEPA vous sera ensuite envoyé pour signature).

Renseignements Généraux

Restauration Scolaire

Périscolaire

Souhaitez vous inscrire votre/vos enfant(s) au service de restauration scolaire: Oui Non

Observations particulières:	<input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> Observations: [REDACTED] <input type="checkbox"/> P.A.I. alimentaire (préciser): [REDACTED]
------------------------------------	---

Renseignements Généraux

Restauration Scolaire

Périscolaire

Souhaitez vous inscrire votre/vos enfant(s) au service périscolaire matin et soir: Oui Non

Fréquentation prévisionnelle (à titre indicatif):

	<u>Matin</u>	<u>Soir</u>		<u>Matin</u>	<u>Soir</u>
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'(ES)ENFANT (S) À LA PLACE DES PARENTS

Nom et Prénom	Relation (Frère, voisine, etc.)	Appel en cas d'urgence	Si oui, Téléphone (fixe et/ou portable)
		<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	

APPAREILLAGE (S)

Lunettes Appareil dentaire Appareil auditif

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Partir seul:** Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul ou accompagné d'un autre mineur la structure, une autorisation parentale dûment complétée, datée et signée est obligatoire.
- Droit à l'image:** Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de notre(nos) enfant(s), à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans la structure d'accueil.
- Hospitalisation:** Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, traitement médical,...) rendues nécessaires à l'état de santé de l'enfant.
- P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé):**

Nature du P.A.I.:

Autres:

DOCUMENTS À JOINDRE (OBLIGATOIRES)

Attestation d'assurance scolaire (à transmettre en septembre) Photocopie des vaccinations et hospitalisations

ATTESTATION

Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et nous engageons à le respecter. Nous nous engageons à communiquer au service des affaires scolaires toute modification concernant les informations communiquées sur cette fiche.

Date et signature(s):