



DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LA RENTRÉE SCOLAIRE 2021-2022 : Service Accueil de loisirs (Restauration scolaire)

Date limite de dépôt : 6 juillet 2021

Les coordonnées du directeur sont indiquées sur la note d'information jointe au dossier d'inscription. Les dossiers remis après cette date ne seront pas prioritaires

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : / / 2021 Par :
Traité le : / / 2021 Par :
Observations :
.....

Liste des pièces à fournir

- ✓ **Pour une famille inscrivant un seul enfant** : les 4 pages du dossier d'inscription.
- ✓ **Pour une famille inscrivant plusieurs enfants** :
les 4 pages du dossier d'inscription + 1 fiche annexe par enfant supplémentaire.
- ✓ Un Relevé d'identité bancaire ou postal.
- ✓ Une attestation d'assurance.
- ✓ Une attestation (CAF ou MSA) précisant votre **Quotient Familial**
- ✓ Photocopie des vaccinations à jour (carnet de santé)

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

Nombre d'enfant(s) concerné(s) par le dossier d'inscription :

Je soussigné(e), M. ou Mme

Certifie sur l'honneur avoir l'autorité parentale et certifie l'exactitude des déclarations du présent dossier

M'engage à prendre connaissance du règlement intérieur disponible à l'accueil de loisirs ou sur le site internet (www.letonnerroisenbourgogne.fr)

☐ autorise le personnel des services communautaires à photographier mon(mes) enfant(s). Ces photographies pourront être diffusées sur les supports papier et numériques édités par la Communauté de communes

☐ autorise mon(mes) enfant(s) à effectuer les déplacements avec les animateurs, à pied ou en bus si besoin

☐ consent à l'utilisation des données personnelles figurant dans ce dossier pour la gestion de l'accueil de mon(mes) enfant(s).

A,..... Le,..... Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS : INFORMATIONS RELATIVES A LA FAMILLE

(1 par famille)

SITUATION ACTUELLE DE LA FAMILLE

☐ Marié(e)
☐ Divorcé(e)

☐ Pacsé(e)
☐ Séparé(e)

☐ Union libre
☐ Veuf(ve)

☐ Célibataire

FOYER OÙ VIT L'ENFANT

☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-père ☐ Belle-mère

☐ Foyer ☐ Autre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Adresse :

.....

.....

Mail :

Tél. :

Tél. Portable :

☐ Père ☐ Mère ☐ Beau-père ☐ Belle-mère

☐ Foyer ☐ Autre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Adresse :

.....

.....

Mail :

Tél. :

Tél. Portable :

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

ALLOCATAIRE

☒ CAF ☒ MSA

N° Allocataire CAF :

.....

Quotient Familial :

.....

Au nom de :

☐ Monsieur ☐ Madame

EN CAS DE SÉPARATION OU DIVORCE, MERCI D'INDIQUER LES COORDONNÉES DE L'AUTRE PARENT

☐ Père ☐ Mère

Nom / Prénom :

Date de naissance : Mail :

Adresse : Tél. :

.....

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (LES MODALITÉS VOUS SERONT PRÉCISÉES LORS DE LA REMISE DU DOSSIER)

☐ Oui : pour la première fois joindre un RIB (au nom du payeur), un mandat avec vos coordonnées bancaires vous sera édité pour mettre en place le prélèvement automatique

☐ Non

☐ Déjà en place → la reconduction est automatique

Indications pour le service de restauration scolaire

Les deux « formules » en fonction de la fréquentation de l'enfant :

- ☐ « **formule 1** » : mon enfant fréquentera le service de restauration régulièrement (mon enfant sera par conséquent prioritaire pour l'accès au service de restauration)
- ☐ « **formule 2** » : mon enfant fréquentera le service de restauration ponctuellement (mon enfant ne sera donc pas prioritaire pour l'accès au service), je choisis donc la fréquentation « occasionnelle » → je me procurerai les bulletins d'inscription hebdomadaire à l'accueil de loisirs.

Cochez les
jours de
fréquentation

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

RESTAURATION
SCOLAIRE

FICHE SANITAIRE : INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT (1 par enfant)

Enfant 1

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Ecole fréquentée 2021/2022 : Classe 2021/2022 (de la TPS au CM2) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

☐ je certifie la mise à jour des vaccins obligatoires (joindre une copie des vaccinations du carnet de santé).

Médecin traitant :

Nom et adresse :

Téléphone :

Port de :

☐ Lentilles ☐ Lunettes ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires

☐ Autre, précisez :

SANTÉ DE L'ENFANT

L'enfant a-t-il des allergies ou intolérances médicalement justifiées ?

Alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Asthme : ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuse : ☐ Oui ☐ Non Autre, précisez :

Précisez la conduite à tenir et les précautions à prendre :

.....

.....

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e), M. ou Mme

☐ autorise le personnel du service jeunesse à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)

☐ autorise mon enfant de plus de 7 ans à rentrer seul à la maison.

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant (en plus des noms indiqués dans la fiche de renseignements)

Nom Prénom	Lien avec l'enfant (grands-parents, assistante maternelle...)	Téléphone	Habilitée à venir chercher l'enfant ? (cocher la case)

A, Le, Signature :