



# DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE CANTINE-GARDERIE-TRANSPORT

Service Périscolaire (cantine-garderie)

|  |   |   |      |   |     |      |
|--|---|---|------|---|-----|------|
| Adresse de l'enfant  |   |   |      |   |     |      |
| <b>Les responsables légaux</b>   |   |   |      |   |     |      |
| Nom et Prénom  |   | Père  |      | Mère  |     |      |
|  |   |   |      |   |     |      |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant)   |   |   |      |   |     |      |
| Adresse mail   |   |   |      |   |     |      |
| N° Allocataire CAF   |   |   |      |   |     |      |
| Téléphone domicile   |   |   |      |   |     |      |
| Téléphone portable   |   |   |      |   |     |      |
| Situation Familiale  |   | <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Autre                   |      |   |     |      |
| Si une personne n'est plus autorisée à récupérer l'enfant, nous fournir le jugement.   |   | <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> les deux conjointement<br><input type="checkbox"/> Autre |      |   |     |      |
| <b>DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT</b>  |   |   |      |   |     |      |
| <input type="checkbox"/> Attestation CAF indiquant le montant du quotient familial s'il est inférieur à 645<br><input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de santé de votre enfant pages vaccinations<br><input type="checkbox"/> Jugement en cas de perte d'autorité parentale d'un ou des parents<br><input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile |   |   |      |   |     |      |
| <b>TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE</b>   |   |   |      |   |     |      |
| <input type="checkbox"/> CANTINE   | <input type="checkbox"/> GARDERIE                 | Mat   | Soir | <input type="checkbox"/> BUS                      | Mat | Soir |
| <input type="checkbox"/> Repas sans porc   |   |   |      |   |     |      |
| <input type="checkbox"/> Tous les Jours  | <input type="checkbox"/> Tous les Jours           |   |      | <input type="checkbox"/> Tous les jours           |     |      |
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 jours par semaine  | <input type="checkbox"/> 1 ou 2 jours par semaine |   |      | <input type="checkbox"/> 1 ou 2 jours par semaine |     |      |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement   | <input type="checkbox"/> Occasionnellement        |   |      | <input type="checkbox"/> Occasionnellement        |     |      |

## RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence et d'accueillir votre enfant en sécurité.

**Cocher la case correspondante ci-dessous**

| NOM ET PRENOM DE L'ENFANT | Panier repas (Oui ou Non) dans le cadre du PAI | ALLERGIE (alimentaire, médicamenteuse, asthme ou autres) | PAI (Oui ou Non) | ANTECEDENTS MEDICAUX |
|---------------------------|--|--|------------------|----------------------|
|                           |  |  |                  |                      |
|                           |  |  |                  |                      |
|                           |  |  |                  |                      |
|                           |  |  |                  |                      |
|                           |  |  |                  |                      |

**Attention : tout signalement d'allergies doit faire l'objet d'un PAI et d'un certificat médical du spécialiste**

**AUTORISATION** : Indiquez dans la partie suivante **Autre(s) personne(s) adulte(s) à appeler en cas d'urgence et autorisée(s) à récupérer l'enfant** :

**LES ENFANTS DU PRIMAIRE ET DES MATERNELLES DOIVENT ETRE RECUPERES OBLIGATOIREMENT PAR UN ADULTE.**

Personne 1 :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

Personne 2 :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

Personne 3 :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR



## DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE suite CANTINE-GARDERIE-TRANSPORT 2024/2025

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant,

✚ Signaler tout changement de coordonnées téléphoniques, d'adresses ou autres concernant la famille

✚ Autorise la Mairie à publier et utiliser les photographies sur lesquelles figurent mon enfant fréquentant l'accueil de loisirs périscolaire (cantine et garderie) et qui seraient prises dans le cadre de cette activité. Celles-ci pourront être reproduites par la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse).

Oui  Non

✚ Autorise également le responsable de la structure, ainsi que l'équipe d'encadrement à prendre les mesures d'urgence qu'elles estimeront nécessaires pour mon enfant.

Oui  Non

✚ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs périscolaire (cantine et garderie) consultable à la mairie.

✚ Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service éducation de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

✚ Autorise les agents habilités à consulter le service CDAP (accès internet à caractère professionnel mis à leur disposition par la CAF) afin qu'ils puissent obtenir mon quotient familial pour l'année 2022

Oui  Non

**Fait à :**

**Le :**

**Signature des parents**

| NOM ET PRENOM DE L'ENFANT | ECOLE   | DATE DE NAISSANCE | CLASSE EN 2022 |
|---------------------------|---|-------------------|----------------|
|                           | <input type="checkbox"/> A.F. <input type="checkbox"/> J.F. <input type="checkbox"/> V.H. <input type="checkbox"/> F. |                   |                |
|                           | <input type="checkbox"/> A.F. <input type="checkbox"/> J.F. <input type="checkbox"/> V.H. <input type="checkbox"/> F. |                   |                |
|                           | <input type="checkbox"/> A.F. <input type="checkbox"/> J.F. <input type="checkbox"/> V.H. <input type="checkbox"/> F. |                   |                |
|                           | <input type="checkbox"/> A.F. <input type="checkbox"/> J.F. <input type="checkbox"/> V.H. <input type="checkbox"/> F. |                   |                |
|                           | <input type="checkbox"/> A.F. <input type="checkbox"/> J.F. <input type="checkbox"/> V.H. <input type="checkbox"/> F. |                   |                |
|                           | <input type="checkbox"/> A.F. <input type="checkbox"/> J.F. <input type="checkbox"/> V.H. <input type="checkbox"/> F. |                   |                |

### MODALITES DE RETOUR :

Ce dossier doit être retourné à la mairie

6 square Mendès FRANCE – 30110 LA GRAND'COMBE

**AVANT LE 30 avril 2024**

Un rendez-vous peut être possible pour les personnes qui travaillent.

**CONTACT : 04 66 54 68 68**