

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Lieu – dit :

Code Postal et ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone :

Mère Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Lieu – dit :

Code Postal et ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone :

ENFANT

Nom : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____ Lieu de naissance : _____

Future classe : _____

Inscription :

Garderie Restaurant scolaire

GARDERIE

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
<i>Matin</i>	<i>Soir</i>	<i>Matin</i>	<i>Soir</i>	<i>Matin</i>	<i>Soir</i>	<i>Matin</i>	<i>Soir</i>

RESTAURANT SCOLAIRE

Jours fixes pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Pour raison professionnelle, le planning sera transmis en mairie **IMPÉRATIVEMENT** une semaine avant.

Régime particulier : **Oui** : (Lequel) _____ **Non** _____

FICHE SANITAIRE

POUR TOUTES ALLERGIES – MERCI DE FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

Suit-il un traitement médical ? **Oui** : _____ **Non** _____

Est-il asthmatique ? **Oui** _____ **Non** _____

A-t-il une allergie alimentaire ? **Oui** : _____ **Non** _____

A-t-il une allergie médicamenteuse ? **Oui** : _____ **Non** _____

Autres : _____ **Non** _____

Un **Projet d'Accueil Individualisé** est-il en place ?

Oui - *Date* : _____ *École* : _____ **Non** _____

LE P.A.I DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE VALIDÉ PAR LE MÉDECIN SCOLAIRE AVANT LA RENTRÉE SCOLAIRE.

Date dernier rappel Diphtérie Tétanos Polio :

Date dernier rappel BCG (*le cas échéant*) :

VOTRE FOYER

Uniquement les personnes à charges

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre :

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

AU RESTAURANT SCOLAIRE ET À LA GARDERIE

Autres que les représentants légaux - Avec un maximum de 4 personnes

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Lieu de naissance :

Future classe :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

AU RESTAURANT SCOLAIRE ET À LA GARDERIE

Autres que les représentants légaux - Avec un maximum de 4 personnes

Nom : Date de naissance :

Prénom : Lieu de naissance :

Future classe :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

AU RESTAURANT SCOLAIRE ET À LA GARDERIE

Autres que les représentants légaux - Avec un maximum de 4 personnes

Nom : Date de naissance :

Prénom : Lieu de naissance :

Future classe :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

AU TRANSPORT SCOLAIRE

Autres que les représentants légaux - Avec un maximum de 4 personnes

Nom : Date de naissance :

Prénom : Lieu de naissance :

Future classe : Arrêt de bus :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

AU TRANSPORT SCOLAIRE

Autres que les représentants légaux - Avec un maximum de 4 personnes

Nom : Date de naissance :

Prénom : Lieu de naissance :

Future classe : Arrêt de bus :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

AU TRANSPORT SCOLAIRE

Autres que les représentants légaux - Avec un maximum de 4 personnes

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Lieu de naissance :

Future classe :

Arrêt de bus :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom :

Prénom :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

ASSURANCES

Nom :

Adresse :

Code postal et ville :

N° Sociétaire :

N° Allocataire C.A.F. :

Autre régime :

Les enfants ont-ils une assurance responsabilité civile ?

Oui. Non.

Les enfants ont – ils une assurance individuelle accident ?

Oui. Non.

MÉDECIN TRAITANT

Docteur :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

FACTURATION

RESTAURANT SCOLAIRE

Facture adressée à : Monsieur **ou** Madame

Par **chèque bancaire** à l'ordre du « Trésor Public » ou en **numéraire** à adresser au

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE CABOURG – DIVES
29 BIS Avenue Alfred Piat
BP 4
14390 CABOURG

Par **carte bancaire** sur internet : <http://www.tipi.budget.gouv.fr/>

Toutes les informations vous seront transmises sur la facture

Par **prélèvement** :

- ↳ Pour adhérer au prélèvement par Mandat SEPA, je prends rendez-vous au 02 31 78 26 37 et j'apporte un RIB
- ↳ Pour révoquer le mandat SEPA de l'année dernière, je prends rendez-vous au 02 31 78 26 37

GARDERIES PÉRISCOLAIRES

Facture adressée à : Monsieur **ou** Madame

Par **chèque bancaire** à l'ordre du « Trésor Public » ou en **numéraire** à adresser au

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE CABOURG – DIVES
29 BIS Avenue Alfred Piat
BP 4
14390 CABOURG

Par **carte bancaire** sur internet : <http://www.tipi.budget.gouv.fr/>

Toutes les informations vous seront transmises sur la facture

Par **prélèvement** :

- ↳ Pour adhérer au prélèvement par Mandat SEPA, je prends rendez-vous au 02 31 78 26 37 et j'apporte un RIB

ⓘ Si vous avez un reliquat sur le paiement des factures restaurant scolaire et/ou garderies périscolaires de l'année en cours et ou des années précédentes, votre dossier d'inscription sera mis en attente sous réserve de vous rencontrer afin d'examiner votre situation.

AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOS, DE VIDÉOS

Nom : **MAIRIE.**

Année scolaire **2019 – 2020**

Adresse : **Rue de la petite justice – 14860 BAVENT.**

Le droit à l'image se fonde sur le principe de respect de la vie privée reconnu à toute personne et en particulier au mineur (article 9 du Code civil). Cela signifie que toute diffusion d'une image, d'une vidéo sans le consentement des représentants légaux du mineur est une atteinte à son droit à la vie privée.

Dans le cadre scolaire, le droit à l'image des élèves mineurs est géré par leurs parents ou tuteur ; afin de prévenir tout contentieux, la prise de vue d'élèves doit donc être précédée d'une demande d'autorisation écrite aux parents ou tuteur qui précise le cadre dans lequel l'image de leur enfant sera utilisée.

La mairie susnommée vous demande l'autorisation d'utiliser des photos, des vidéos de votre enfant prises au cours de la garderie ou du restaurant scolaire. Ces enregistrements pourront être diffusés à un public : communal, de parents d'élèves.

Via un support : CD, DVD, projection, papier, photographies, site internet.

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui vous concernent est garanti. Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données si vous le jugez utile.

Les enregistrements ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages.

Nous, soussignés :

Responsables légaux de l'élève :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Déclarons **autoriser** la mairie désignée ci-dessus à utiliser les enregistrements, photographies de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-dessus uniquement.

Déclarons **refuser** que notre enfant soit enregistré dans le cadre de la garderie ou du restaurant scolaire (*dans le cas de photos, le visage de votre enfant sera rendu flou avec un logiciel de retouche d'images de manière à le rendre totalement impossible à identifier*)

DÉCLARATION

Je, soussigné(e),

Déclare avoir pris connaissance du livret des informations et règlements remis en mains propres avec le dossier.

Je m'engage à me conformer à ce(s) règlement(s), à avertir le secrétariat de la mairie pour tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente fiche dont j'atteste l'exactitude.

J'autorise le personnel du restaurant scolaire, de la garderie, ou des Temps d'Activités Périscolaires à prendre, en cas d'accident grave, toutes mesures d'urgence imposées par l'état de mon enfant.

Fait à :

Le :

Signature(s) :

SI VOUS ÊTES CONCERNÉS ; N'OUBLIEZ PAS :

Votre feuille d'imposition 2018 sur les revenus 2017.

(Voir règlement intérieur.)