


N° Code Abonné :

Transmis à la famille le :

**FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025
RESTAURANT SCOLAIRE**

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance : A :	
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI / NON	
* A fournir si manquant.	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro :
Messagerie électronique :
Tel :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Messagerie électronique :	Messagerie électronique :
Tél. fixe :	Tél. fixe :
Tél. port. :	Tél. port. :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
profession:	profession:
Nom et Adresse employeur :	Nom et Adresse Employeur :

Célibataire - Mariés - Concubins - Pacsés - Divorcés - Séparés- Veuf(ve) (entourer votre situation familiale)

PERSONNES A CONTACTER			
contact		contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Tél. Port. :		Tél. Port. :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à compléter ci-dessous) *.	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

handicap	Réponse
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Médecin Traitant :	Tel :
Hôpital choisi :	
Contact en cas de problème :	

Décharge pour autoriser un frère/une sœur mineur(e) à récupérer l'enfant

Je soussigné(e) Monsieur (ou Madame) (précisez le nom), demeurant (indiquer l'adresse) et agissant en qualité de (père ou mère), autorise mon fils (ou ma fille) (précisez le nom) et demeurant à la même adresse (ou une autre si elle est différente) à récupérer mon enfant..... à la sortie de l'école

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	observation
Projet d'Accueil Individualisé PAI	Date début	Date de fin	Détails PAI

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

Mode de règlement	
<input type="checkbox"/> Par prélèvement automatique	à retourner accompagné d'un relevé d'identité bancaire
<input type="checkbox"/> Paiement en ligne : TIPI par carte bancaire	un identifiant personnel pour chaque famille et un code d'accès sera indiqué sur la facture.
<input type="checkbox"/> par chèque	A l'ordre du Trésor public

AUCUN DOSSIER D'INSCRIPTION NE SERA PRIS EN COMPTE SANS UN DOSSIER COMPLET

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A COMPLETER ET A REMETTRE PAR MAIL AVANT LE 21 JUILLET 2024 :

restaurantscolaire@mairie-morance.fr

- ✓ Fiche d'inscription 2024-2025
- ✓ Tableau d'inscription 2024-2025
- ✓ Règlement intérieur à signer
- ✓ Attestation d'Assurance en Responsabilité civile 2024-2025
- ✓ Attestation allocation CAF avec quotient familial de moins de 3 mois
- ⇒ En l'absence d'attestation, le tarif maximal est appliqué.
- ✓ Autorisation de prélèvement
- ✓ Une photo d'identité

Vos données personnelles sont traitées sous la responsabilité du maire de Morancé pour inscrire votre enfant au périscolaire, gérer les inscriptions, organiser l'activité, facturer et suivre les règlements sur la base légale d'une mission d'intérêt public. Elles font l'objet d'un traitement informatisé.

En l'absence de réponse aux champs tous obligatoires, votre dossier ne pourra être traité.

L'accès à vos données personnelles est exclusivement réservé au personnel habilité de la mairie, des services périscolaires et comptabilité/finances de la commune en charge de son traitement et limité aux besoins des finalités gérées, à notre gestionnaire de base de données et limité aux informations nécessaires à la réalisation de ses missions.

Vos données sont conservées. la durée de l'inscription puis archivées et détruites conformément à la législation. Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition lorsque le droit l'autorise.

Pour toute demande d'information ou pour exercer vos droits, vous pouvez adresser un mail à contact@mairie-morance.fr en joignant un justificatif d'identité