

Dossier d'inscription Ecole/cantine scolaire /Périscolaire

Année 2024-2025

À renvoyer par mail :

accueil@mairieleseglisottes.com

ou par courrier/main propre :

42 Av Victor- Hugo 33230 LES EGLISOTTES ET CHALAURES



INSCRIPTION

Cantine (L'inscription au repas ne sera plus possible après 10 h 30 pour des raisons d'organisation et de gestion du service. Le prix du repas actuel est de 2.60€ au 01/09/2024.

Périscolaire (MATIN Après-midi)

Les tarifs actuels
sont :

TARIF QUOTIENT FAMILIAL au 01/09/2024	TARIFS JOURNEE
0-400	1.00 €
401-800	1.05 €
801-1200	1.10 €
Supérieur à 1200 ou attestation QF non fournie	1.15 €

Transport Scolaire 80 €* par enfant (3e inscriptions et suivante(s) gratuites)

Documents à fournir :

- Attestation du quotient familial caf
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- 1 photo
- Copie livret de famille
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Enfant 1	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Classe:
Nom Prénom		
Date de naissance et lieu :		
Enfant 2	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Classe :
Nom Prénom		
Date de naissance et lieu :		
Enfant 3	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Classe :
Nom Prénom		
Date de naissance et lieu :		
Enfant 4	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Classe :
Nom Prénom		
Date de naissance et lieu :		

REPRESENTANTS LEGAUX

Parent 1	Parent 2
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ Fixe/mobile: Email :	☎ Fixe/mobile: Email :
Profession :	Profession :
Employeur (nom et adresse)	Employeur (nom et adresse)
☎	☎

ATTESTATION ASSURANCE (extra-scolaire ou responsabilité civile) : fournir une attestation du contrat

N° de contrat :Compagnie d'assurance :

RENSEIGNEMENTS CAF fournir une attestation du quotient familial

N° d'allocataire : CAF MSA

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du service de restauration scolaire et du service de l'accueil périscolaire et je l'accepte dans son intégralité.

Autorise le personnel du périscolaire à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisés à des fins uniquement pédagogiques

Autorise le personnel d'encadrement de la cantine ou du périscolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant

Renseignements des personne(s) habilité(e) à récupérer l'enfant au périscolaire

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Choix du mode règlement cantine garderie :

Maintien le prélèvement automatique le 10 de chaque mois (si RIB différent transmettre le nouveau)

Opte pour le prélèvement automatique le 10 de chaque mois (remettre l'autorisation de prélèvement complétée et **signée accompagnée d'un RIB**) document à retirer en mairie ou à télécharger sur panneau-pocket ou site internet.

Opte pour le règlement par carte bancaire (via le site internet « **www.payfip.gouv.fr** »)
OU par tout autre moyen auprès de la trésorerie de Coutras (chèques, espèces, CB).

Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à la cantine de mon enfant à réception du relevé de frais.

INSCRIPTION TRANSPORT SCOLAIRE : (Fiche d'inscription à retirer en Mairie pour les nouveaux inscrits)

AUTORISATIONS : Renseignements des personne(s) habilité(e) à récupérer l'enfant au bus

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je soussigné(é), m'engage à payer la somme de 80 €* par enfant (au-delà de deux enfants inscrits, la 3e inscription et suivante(s) deviennent gratuite) afin d'inscrire mon / mes enfant(s), au transport scolaire pour l'année 2024/2025. **J'ai été informé(e) que l'inscription ne sera validée et la carte de bus éditée qu'une fois que le règlement aura été encaissé.**

Date : _____

Signature(s)

* ou le nouveau tarif 2024/2025 en cas de revalorisation

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2024-2025



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

N° De sécurité sociale auquel l'enfant et affilié :

Nom du Médecin traitant :

Ville : Tél. Fixe :/...../...../...../.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom & Prénom : ☎ :

Nom & Prénom : ☎ :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** quotidien ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
NON PRENON DE L'ENFANT				
ASTHME	<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
ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	<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
ALIMENTAIRES	<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
Si allergie précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)				
LESPIQÛRES D'NSECTES	<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
PAI (Si PAI joindre une copie ainsi que la trousse de secours complète)	<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
LUNETTES	<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
LENTILLE	<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
PROTHESES AUDITIVES	<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

VACCINATIONS :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
NON PRENON DE L'ENFANT				
DTP POLIO	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
HEPATITE B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
PNEUCOQUE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
MENINGOCOQUE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
ROR	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :
BCG	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
NON PRENON DE L'ENFANT				
RUBEOLE	<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
COQUELUCHE	<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
VARICELLE	<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
OTITE	<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
ROUGEOLE	<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
SCARLATINE	<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
OREILLON	<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

Je soussigné(e)-----, en tant que responsable légal, j'autorise la direction du périscolaire à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Date : _____

Signature(s)