



DOSSIER PARTAGÉ D'INSCRIPTION

Une fiche de renseignement obligatoire par enfant Restauration scolaire/ALAÉ/ALSH

ECOLE DE L'ESCURÉ D'ALBIGEOIS

ENFANT

ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

Prénom & nom: _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____ Sexe : M F

Classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

RESPONSABLE LEGAL

Responsable 1 (domicile principal de l'enfant)	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <i>(Préciser) :.....</i>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <i>(Préciser) :.....</i>
Situation entre le responsable 1 et le responsable 2 : <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> *Divorcés <input type="checkbox"/> *Séparés <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Nom : Prénom : Né(e) le :/...../..... à : Adresse :C.P : ☎ Portable :/...../...../...../..... Email :	Nom : Prénom : Né(e) le :/...../..... à : Adresse :C.P : ☎ Portable :/...../...../...../..... Email :

⚠ Pour bénéficier d'un tarif adapté à votre situation, vous devez justifier de vos revenus ou de votre quotient familial.
A défaut le tarif le plus élevé vous sera appliqué

<input type="checkbox"/> Vous êtes allocataire	<input type="checkbox"/> Vous n'êtes pas allocataire
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF	<input type="checkbox"/> Allocataire MSA
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous les services de la mairie et le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à consulter vos données sur le site de la CAF ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Indiquez votre N° Allocataire CAF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fournir l'attestation de quotient familial <input type="checkbox"/> Pass MSA (fournir le justificatif)
<input type="checkbox"/> Fournir l'avis d'imposition 2018	

Pour les parents séparés :

Bénéficiez-vous d'une garde alternée oui non ➔ **Fournir le jugement de divorce ou la dernière décision de justice**

Si oui ➔ Compléter la partie ci-dessous :

Vous êtes : la mère le père

Votre garde : Semaine paire Semaine impaire autre ➔ **Précisez** :.....

Le cas échéant souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée oui non

Si oui ➔ Chaque parent doit faire son propre dossier

RESTAURATION SCOLAIRE

Renseignements 05.63.60.76.73

Toute inscription à la restauration scolaire vaut inscription à l'ALAE midi.

Renouvellement ou 1^{ère} inscription

Cadre réservé à l'administration

Quotient :

CHOIX DES TYPES DE REPAS

Standard

Sans porc

Sans viande

*PAI

**P.A.I : Projet d'Accueil Individualisé – Si un enfant présente une allergie d'origine alimentaire, un Projet d'Accueil Individualisé doit être réalisé avant son accueil au restaurant scolaire. La demande doit être formulée auprès du CLAE.*

CHOIX DU CALENDRIER

GRILLE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Votre enfant fréquentera la restauration scolaire et le CLAE midi tous les :

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

GRILLE D'INSCRIPTION A LA SEMAINE / QUINZAINE OU MENSUELLE

A titre exceptionnel, pour les parents dont la situation professionnelle est soumise à des variations de planning, une grille d'inscription variable est proposée.

➔ Oui je choisis l'inscription :

à la semaine ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription **hebdomadaire**, **avant le mardi 12h00**, pour la semaine suivante.

à la quinzaine ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription à **la quinzaine**, 9 jours à l'avance minimum.

mensuelle ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription **mensuel**, 9 jours à l'avance minimum.

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES

Souhaitez-vous régler vos factures par prélèvement automatique oui non

Si oui complétez la partie ci-dessous :

Reconduction du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires

Reconduction du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB

1ère demande de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie pour signer le formulaire SEPA **avant le 10 septembre 2019**

Ou : Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de la mairie ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie, l'accès au portail famille).

ACCUEIL DE LOISIRS ASSOCIE A L'ECOLE (ALAE DU MATIN /MIDI /SOIR)

Renseignement 05.63.47.65.71

Aucune pré-inscription n'est nécessaire. Votre enfant sera inscrit à la présence.

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES ALAE ET CLSH

Souhaitez-vous régler vos factures par prélèvement automatique oui non

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- Reconduction** du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires
- Reconduction** du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB
- 1ère demande** de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie ou l'ALAE pour signer le formulaire SEPA

OU : Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de la mairie ou de l'ALAE ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie ou à l'ALAE, l'accès au portail famille).

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT (ALSH MERCREDI ET VACANCES)

Renseignement 05.63.47.65.71

Aucune pré-inscription n'est nécessaire. Votre enfant sera inscrit à son arrivée.

Envisagez-vous d'inscrire votre enfant au centre de loisirs (ALSH) ? oui non

Pour les vacances scolaires, un programme sera remis à l'enfant et/ou disponible sur le site www.cajiweb.fr.

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom & Prénom	Lien de parenté	Adresse	Tél. domicile	Tél. travail	Tel. portable

Si vous souhaitez que votre enfant quitte le CLAE ou le CLSH seul ou accompagné d'un mineur, vous devez obligatoirement fournir une autorisation parentale (à joindre à ce dossier, datée et signée).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tél. médecin :

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant

L'enfant est-il vacciné contre :		Si oui, indiquer les dates des derniers rappels
VACCINS OBLIGATOIRES	Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Ou DT Polio Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
VACCINS RECOMMANDÉS	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Rubéole- Oreillons- Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Autres (précisez.....)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

MEDICAMENTS

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

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.***

MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

L'enfant a-t-il des allergies ?

Allergies	oui	non	A :
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite à tenir :
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire particulier un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** doit être effectué à l'initiative de la famille, auprès du médecin scolaire.*

Les recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc) Précisez.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du service à prendre toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaire par l'état de l'enfant, y compris lors des sorties organisées.

Signature(s)

Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e),

Représentant légal du (des) enfant(s) :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Autorise la Mairie de Lescure d'Albigeois et le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient prises dans le cadre de la restauration scolaire ou du CLSH.

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) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Oui

Non

Oui

Non

Oui

Non

Fait à : Le : Signature(s) obligatoire(s)

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

Représentant légal du (des) enfant(s) :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service restauration scolaire de la mairie et/ou le service enfance du SIVU Arthès/Lescure de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale ...).

Je reconnais également avoir pris connaissance du **règlement intérieur** et des **tarifs** relatifs :

A la restauration scolaire consultable en ligne (<http://www.lescure-albigeois.fr/restauration-scolaire>) conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

A L'ALAE/ALSH consultable en ligne (<http://www.cajiweb.fr>) conforme à la délibération du comité syndical, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après.

Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre (vos) enfant(s) à toutes fins de bénéficier des services de restauration scolaire de Lescure d'Albigeois.

Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas.

J'accepte que la mairie de Lescure d'Albigeois et le SIVU ARTHES/LESCURE échangent les informations portées sur ce formulaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier à la mairie de Lescure d'Albigeois.

Fait à : Le : Signature(s) obligatoire(s)