

**DEMANDE D'INSCRIPTION
RESTAURANT MUNICIPAL
ET/OU
PERISCOLAIRE
ANNEE 2021/2022**

Dossier à déposer ou à retourner par mail au restaurant municipal

Date :

École fréquentée :

Classe Rentrée 2021 :

INFORMATIONS sur l'ENFANT

NOM : _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe : Masculin Féminin

Si cet enfant présente une allergie alimentaire ou un régime alimentaire pour raison médicale, connue à ce jour, mettez une croix ICI

Si vous avez coché une de ces cases, l'inscription de cet enfant ne sera effective qu'après validation par le service de la santé scolaire.

COORDONNEES des RESPONSABLES

Responsable 1 : Nom : _____ **Responsable 2** : Nom : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Date de naissance: _____ Date de naissance: _____

Adresse : _____ Adresse: _____

Téléphone: _____ Téléphone : _____

Courriel: _____ Courriel : _____

INSCRIPTION OUI NON FREQUENTATION RESTAURATION

Votre Type de REPAS: **Sans VIANDE**

REGULIER – vous devez indiquer les jours selon vos besoins pour l'année scolaire :

lundi mardi jeudi vendredi

OCCASIONNEL – Les repas devront être commandés, par vos soins, la veille au plus tard avant 8h30 en tenant compte des jours ouvrés par mail.

Informations sur les menus : visible sur le site internet de Chasselay www.mairie-chasselay.fr

INSCRIPTION OUI NON FREQUENTATION PERISCOLAIRE

OCCASIONNEL ou **RÉGULIER** merci de cocher les jours et les horaires selon vos besoins.

Matin de 7H30-8H30 lundi mardi jeudi vendredi **École LA FONTAINE seulement**
Soir de 16H30-18H30 lundi mardi jeudi vendredi

La facture est à adresser à : **Responsable 1** ou **Responsable 2**
par mail ou par courrier

TEMPS MERIDIEN (Alfa 3a)

Pour les enfants inscrits au restaurant scolaire, merci de joindre à votre dossier la cotisation annuelle correspondant à votre Quotient Familial
5€ par enfant si QF de 0 à 1100€ 6€ par enfant si QF de 1101 à 1500€ 7€ par enfant si QF > à 1501€

INSCRIPTION OUI NON ETUDE SURVEILLEE ÉCOLE LA FONTAINE classe de CE1 et CE2

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur de ce service et m'engage à les respecter.

Soir de 16H30-17H15 lundi jeudi

TARIFICATION

Les tarifs sont fixés chaque année par délibération du conseil municipal. Ils sont indexés sur le quotient familial CAF fourni par la famille ou, à défaut, sur le dernier avis d'imposition du foyer. Le prix applicable à votre situation est consultable sur le site internet de la Ville.

N° allocataire | _____ | Si autre régime (organisme et n° affiliation) : | _____ |

Numéro et Compagnie d'Assurance Scolaire :

En l'absence de ces éléments, le tarif maximum sera appliqué. Toute modification ne pourra être prise en compte qu'à réception des justificatifs et uniquement sur les factures non émises.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à rentrer seul(e) après l'activité **oui non**

En cas d'impossibilité pour venir chercher mon enfant, je donne procuration aux personnes ci-dessous

Nom, Prénom : _____ tél : _____

Nom, Prénom : _____ tél : _____

Nom, Prénom : _____ tél : _____

Autorisation de déplacement avec les animateurs sur les temps périscolaires **oui non**

Je soussigné(e) _____, (responsable légal, tuteur) certifie l'exactitude des informations fournies. Je m'engage à prendre en charge les frais de restauration scolaire et à transmettre toute modification de situation (allergies, adresse, quotient familial...) au service concerné dans les plus brefs délais. **J'atteste avoir pris connaissance et accepté le règlement** (disponible également sur www.mairie-chasselay.fr).

Date : _____

Signature

RAPPEL Vous devez impérativement nous transmettre le dossier complet.

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Article 441-7 du Code Pénal "Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :

1- D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, 2- De falsifier une attestation ou un certificat original sincère ; 3- De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au trésor public ou patrimoine d'autrui".

1 - La fiche d'inscription signée.

2 - Fiche sanitaire 2021-2022 signée (ci-dessous).

3 – La photocopie du carnet de santé (vaccination DT Polio à jour), pour les enfants nés en 2018 les 11 vaccins sont obligatoires : DTP, l'haemophilus influenzae B, la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C (bactérie provoquant des méningites) le pneumocoque .

4- Attestation d'Assurance Scolaire en cours de validité.

5- Chèque de cotisation pour le temps Méridien à l'ordre d'ALFA 3a en fonction de votre quotient familial.

6- RIB pour le prélèvement automatique. Un formulaire SEPA sera à remplir directement au bureau du restaurant municipal.

7- La Charte du savoir-vivre signée (ci-dessous).

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e)

M'engage à fournir un dossier d'inscription et à maintenir les informations à jour.

Autorise les directeurs/directrices(du périscolaire, du restaurant municipal) à prendre toutes les mesures d'urgence en cas de maladie ou accident et m'engage à rembourser les montant des frais médicaux.

Autorise l'équipe encadrante (du périscolaire, du restaurant municipal) à faire les premiers soins en cas de blessures bénignes.

Autorise l'utilisation des photographies, vidéos, voix prises de mon enfant comme support pour activité, pour affichage et exposition dans l'enceinte des locaux.

Autorise l'utilisation des photographies, vidéos, voix prises de mon enfant pour illustrer les publications de l'accueil de loisirs périscolaires, d'Alfa 3a, de la Mairie et/ou de l'école pour une durée indéterminée (rapport d'activité, diaporama, journal interne, plaquette institutionnelle ou de communication, bulletin municipal, site internet, article de presse...).

Fait à :

Signature :

Le :

CHARTRE DU SAVOIR VIVRE ET DU RESPECT MUTUEL

Il est rappelé aux parents que les enfants doivent avoir un minimum d'autonomie, à savoir: se tenir à table, manger avec des couverts et écouter les consignes données.

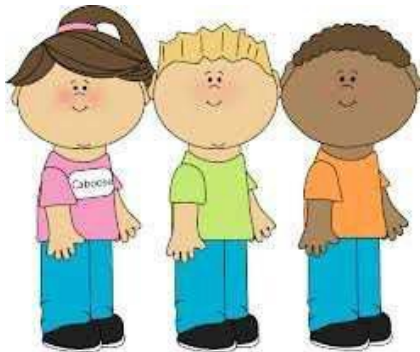
Avant le repas:

- Je vais aux toilettes
- Je me lave les mains



Pendant le repas:

- Je me tiens bien à table
- Je goûte à tout
- Je ne joue pas avec la nourriture
- Je ne crie pas, je ne me lève pas sans raison
- Je sors de table en silence avec mon plateau, sans courir et après autorisation du personnel



Après le repas:

- Je respecte les consignes de sécurité données par le personnel
- Je me mets en rang quand on me le demande, après avoir rassemblé mes affaires.



En permanence :

- Je respecte le personnel de service et mes camarades
- J'agis avec chacun comme j'aimerais qu'on le fasse avec moi.

Chasselay le:

Signatures :

L'Enfant

Les Parents



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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 <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :
