

DOSSIER D'INSCRIPTION

ECOLE PUBLIQUE LA COUSTARADE

RESTAURATION SCOLAIRE GARDERIE CENTRE DE LOISIRS

ENFANT: Nom:.....
Prénom:.....
 Garçon Fille
Date et lieu de naissance: le/...../..... à
 Maternelle Elémentaire
Classe: Nom de l'enseignant(e) :.....

| RESPONSABLE LEGAL 1 (RL1) | RESPONSABLE LEGAL 2 (RL2) |
|--|--|
| Civilité <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | Civilité <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Nom/Prénom : | Nom/Prénom : |
| Qualité (mère, père, belle-mère, beau-père, tuteur(trice), autre) : | Qualité (mère, père, belle-mère, beau-père, tuteur(trice), autre) : |
| Adresse : | Adresse : |
| CP, Ville : | CP, Ville : |
| Tél. fixe : | Tél. fixe : |
| Tél. portable : | Tél. portable : |
| Adresse mail : | Adresse mail : |
| Nom et adresse de l'employeur : | Nom et adresse de l'employeur : |
| Tél. professionnel : | Tél. professionnel : |

GARDE ALTERNEE

OUI NON

CHOIX DU MODE DE FACTURATION

| <input type="checkbox"/> RL1 100% | <input type="checkbox"/> RL2 100% | <input type="checkbox"/> Les 2 RL |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nom/Prénom : | Nom/Prénom : | Nom/Prénom : |
| | | Conditions : |
| | | |
| | | Nom/Prénom : |
| | | Conditions : |
| | | |

CAF ou MSA

CAF MSA Nom de l'allocataire :

Numéro de l'allocataire :

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant l'enfant lors des activités périscolaires

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (merci de ne rien écrire dedans)

Date d'effet de l'inscription :/...../..... NOE CANTINE

RESTAURATION SCOLAIRE 11H30 A 13H20

| | |
|---|---|
| Ne mange jamais à la cantine | <input type="checkbox"/> |
| INSCRIPTION A L'ANNEE | |
| Jours de présence | <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi |
| Tout changement doit être signalé au plus tard le jeudi de la semaine précédente avant 9h00, par SMS au 07 85 92 25 48 ou mail: coustarade@ville-marvejols.fr | |
| INSCRIPTION PONCTUELLE, PERIODIQUE (jour, semaine, mois, mercredi avec centre de loisirs) | |
| A PRIVILEGIER | Par SMS au 07 85 92 25 48 ou mail: coustarade@ville-marvejols.fr au plus tard le jeudi de la semaine précédente avant 9h00 |
| OU | Par la fiche papier, mise dans les cartables 2 semaines en avance Retour au plus tard le mardi de la semaine précédente |
| TYPE DE REGIME | |
| <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> PAI (projet d'accueil individualisé) Joindre le document PAI, préciser les allergies: | |

RAMASSAGE SCOLAIRE

| | |
|--|--|
| Ne prend jamais le bus | <input type="checkbox"/> |
| Mon enfant est inscrit auprès de la région | |
| Numéro de dossier : | |
| Sur le trajet : - Ecole de la Coustarade Ecole de la Coustarade - | |
| Si garde alternée | |
| Deuxième trajet : - Ecole de la Coustarade Ecole de la Coustarade - | |
| ----- | |
| Modalités : | |
| INSCRIPTION A L'ANNEE | |
| Jours de présence dans le bus | <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi |
| Tout changement doit être signalé le jour même avant 10h00, par SMS au 07 85 92 25 48 | |
| Sous la forme : "Mon enfant, Nom :, Prénom : Classe : ne prendra pas le bus retour ce soir" Votre signature :Nom :, Prénom : | |
| Sans SMS de votre part votre enfant partira avec le bus habituel. | |
| RENSEIGNEMENTS MEDICAUX | |
| Nom du medecin traitant : N° de téléphone : | |
| L'enfant suit-il un traitement médical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Aucun médicament ne pourra être administré sans présence d'une ordonnance | |
| Autres recommandations qui vous paraissent utiles (antécédents médicaux, chirurgicaux pathologie chronique, aigüe, en cours) | |
| | |
| <input type="checkbox"/> Je consens à l'utilisation de ces données en cas de maladie ou accident | |

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant :

à participer aux activités organisées dans le cadre périscolaire

à utiliser les moyens de transports prévus

J'autorise les responsables :

à prendre des photos, films de mon enfant dans le cadre des activités. A les publier (presse, site internet de la mairie, Espace Numérique de Travail à des fins d'informations et de communication uniquement).

à utiliser le site internet de la caisse d'allocations familiales pour établir la facturation.

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur le temps périscolaire et extrascolaire

| Nom / Prénom | Qualité | N° de téléphone portable |
|--------------|---------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Loi RGPD (règlement général sur la protection des données) :

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles (nom et adresse) pour établir les réservations, les inscriptions et les facturations .

Je soussigné(e) responsable légal 1 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

En accord avec l'article 372-2 du code civil "à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant".

Nom:

Prénom:

Date:/...../.....

Signature :

Je soussigné(e) responsable légal 2 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Nom:

Prénom:

Date:/...../.....

Signature :

DOCUMENT A CONSERVER

ECOLE DE LA COUSTARADE
INFOS PRATIQUES
ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

AFFAIRES SCOLAIRES municipales (Inscriptions / Restauration scolaire / Ramassage scolaire)

Contact: Sylvie Delage, responsable de l'administration, de la restauration scolaire et du ramassage scolaire

Tél : 07 85 92 25 48

Mail : coustarade@ville-marvejols.fr

Restauration scolaire :

| Tarifs : | Montant |
|--------------------------------------|---------|
| Résidants à Marvejols | |
| 1er enfant | |
| 2e enfant | |
| 3e enfant et plus | |
| Résidants dans une autre commune | |
| | |
| Majoration en cas de non inscription | |

Seul le motif médical entrainera une déduction du ou des jours concernés.



Justificatif à fournir obligatoirement par mail ou sms à Sylvie Delage

Inscriptions :

Annuelle

En cochant les jours de présence dans le dossier d'inscription

Tout changement doit être signalé **au plus tard le jeudi de la semaine précédente avant 9h00** (sous peine de facturation),
 par SMS au 07 85 92 25 48
 ou mail: coustarade@ville-marvejols.fr

Ponctuelle, périodique (jour, semaine, mois)

Par SMS au 07 85 92 25 48 ou mail:
 coustarade@ville-marvejols.fr

au plus tard le jeudi de la semaine précédente avant 9h00
 (sous peine de majoration)

OU

Par la fiche papier, mise dans les cartables 2 semaines en avance
Retour au plus tard le mardi de la semaine précédente
 (sous peine de majoration)

Facturation :

Mensuelle à régler au Trésor Public, 13 place du Barry, 48100 Marvejols