

**INSCRIPTION 2022-2023**  
**ACCUEIL PERISCOLAIRE – RESTAURATION SCOLAIRE**

**Fiche à retourner  
complétée**

**Copie de votre assurance  
responsabilité civile à joindre**

Nous rappelons qu'en cas de maladie, le remboursement n'aura lieu que sur présentation d'un certificat médical dans les 72 heures.

Nous signaler tout changement en cours d'année.

Nous restons toujours à votre service et espérons cette année encore vous donner satisfaction.

Le Maire

**ENFANT(S)**

NOM Prénoms	Date et lieu de naissance	Nom assurance responsabilité civile et N°	Classe

**PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX**

Parent 1 : Nom .....Prénom ..... Profession .....  
Portable ..... Tél.domicile.....Tel.professionnel.....  
Adresse .....Mail : .....

Parent 2 : Nom .....Prénom .....Profession .....  
Portable ..... Tél.domicile.....Tel.professionnel.....  
Adresse .....Mail : .....

**QUOTIENT FAMILIAL**

Régime social de l'enfant :  CPAM                       MSA                       Autre : .....

Régime allocataire (CAF, MSA, AUTRES) : .....N°Allocataire : .....

Les tarifs de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire s'appliquent selon le quotient familial des familles fourni.

- **Joindre l'attestation de votre Quotient Familial du mois de Juin 2022** pour les familles possédant un quotient familial en dessous de 900.

Sans attestation à la première inscription, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Autorisation de consulter CAF PRO :  oui ou  non

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE PROBLEME (si autre que les parents)**

NOM Prénom	Tél. Maison	Tél. travail	Portable	Lien de parenté

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Enfant(s) allergique(s) :                    OUI                     NON

Liste des allergies .....

Traitement .....

Nom du Médecin traitant, adresse, téléphone .....

Date du dernier vaccin antitétanique .....

J'autorise la direction du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire à prendre toute mesure qui s'impose en cas d'urgence

En cas d'urgence absolue, je souhaite dans la mesure du possible que mon enfant soit envoyé aux urgences :

- du centre hospitalier de : .....
- à un autre établissement : .....

**Je soussigné(e).....**  
**Père, mère, responsable légal de(s) enfant(s)**

**Inscris mon (mes) enfant(s) à l'accueil périscolaire et/ou à la restauration scolaire**  
**Accepte(nt) sans restriction le règlement intérieur et la charte du savoir-vivre et du respect mutuel qui m'ont été remis**

**Le .....**

**Signature des représentants légaux de l'enfant,**

**Signature de l'Enfant,**