



# Inscription - Restauration scolaire

Gestion de la Restauration Scolaire

Tel : 04.68.21.71.25

Mail : [cantine@bages66.fr](mailto:cantine@bages66.fr)

***Attention : La collectivité décline toute responsabilité sur des déclarations erronées de la part des parents.***

## DONNÉES SUR L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ville de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_

(99 si né à l'étranger)

Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

## Informations complémentaires

**Toutes les cases sont obligatoires. Veuillez cocher la case correspondante.**

Autorise à partir seul	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photos *	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la participation aux sorties scolaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port de lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port de lentilles	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

*\* J'accorde à la ville de Bages la permission de publier les vidéos et/ou les photographies réalisées de mon enfant mineur dans les supports de communication de la commune (presse territoriale / site web bages66.fr / réseaux sociaux). Je prends note que je peux en interrompre à tout moment la publication, sur simple demande adressée par courriel à [mairie@bages66.fr](mailto:mairie@bages66.fr) ou par voie postale.*

Précisions et recommandations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DONNÉES DU RESPONSABLE 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Qualité : \_\_\_\_\_

*Père, Mère, Belle-mère, Beau-père, etc.*

➤ **En cas de divorce, séparation, joindre la décision ou la convention homologuée des modalités de l'autorité parentale**

Situation matrimoniale : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Téléphone (Veuillez indiquer au moins un numéro) : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### PROFESSION

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

## DONNEES DU RESPONSABLE 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

*Père, Mère, Belle-mère, Beau-père, etc.*

Situation matrimoniale : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Téléphone (Veuillez indiquer au moins un numéro) : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### PROFESSION

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

## Personne autorisée à venir chercher l'enfant (hors responsables 1 et 2)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Assurance

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES

### Médecin traitant

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

### Allergies

**Toutes les cases sont obligatoires. Veuillez cocher la case correspondante**

Allergies alimentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Asthme :** oui  non

**Allergies médicamenteuses :** oui  non

Si automédication, merci de le préciser. \_\_\_\_\_

Mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui  non

Mise en place d'un panier repas : \_\_\_\_\_ oui  non

**Pratique Alimentaire** : \_\_\_\_\_

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !**

## Vaccinations

Toutes les cases sont obligatoires. Veuillez cocher la case correspondante.

Vaccins obligatoires		Dates derniers rappels
Diphthérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>

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

Toutes les cases sont obligatoires. Veuillez cocher la case correspondante.

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

## INSCRIPTION

### Établissement

École maternelle **les Albères**

École élémentaire **le Canigou**

### Choix de l'inscription

Inscription annuelle régulière (Planning semaine à cocher ci-dessous)

Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Inscription occasionnelle

**Tout dossier incomplet, à partir du moment où la fréquentation du service de restauration a débuté verra la contribution financière au repas majorée de 30 % du tarif repas jusqu'à date de régularisation.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature

Le : \_\_\_\_\_

## **PIECES A JOINDRE AU DOSSIER**

### **Pièces obligatoires**

- Certificat d'assurance scolaire
- Justificatif de travail du responsable
- Justificatif de travail du conjoint (le cas échéant)
- Justificatif de domicile
- En cas de divorce ou séparation, justificatif de décision ou convention fixant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale et de contribution financière à l'entretien et à l'éducation de l'enfant

### **Pièces facultatives**

- RIB (en cas de prélèvement automatique)
- Autorisation de Prélèvement
- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) + Certificat médical



**Coupon à remettre en Mairie si nécessaire**

**Autorisation de prélèvement pour la restauration scolaire**

**Monsieur**                      **ou**                       **Madame**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

*Autorise l'Etablissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements pour la restauration scolaire.*

*En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec la Mairie de Bages.*

**Date :**

**Signature :**