



---

## INSCRIPTION Restauration Scolaire

Gestion Restauration Scolaire  
Tél : 04.68.21.71.25      Mail : [cantine@bages66.fr](mailto:cantine@bages66.fr)

### DONNÉES ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille      Date de naissance : \_\_\_\_\_      Classe de rentrée : \_\_\_\_\_

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

Département de naissance (99 si né.e à l'étranger): \_\_\_\_\_      Pays de naissance : \_\_\_\_\_

**Remplir les deux adresses si résidence alternée, en précisant si adresse de la mère ou du père**

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

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

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

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

## Informations Complémentaires

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

Autorisé.e à partir seul.e : oui  non  Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence : oui  non

Autorise la prise de photos\* : oui  non

*\* 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.*

Port d'un appareil dentaire : oui  non

Port de lunettes : oui  non

Port d'un appareil auditif : oui  non

Port de lentilles : oui  non

Précisions et/ou recommandations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VACCINATION

Vaccins Obligatoires	Date Vaccin ou Dernier Rappel
<u>Diptérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
<u>Pneumocoque</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
<u>Méningocoque C</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
<u>Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
<u>DT Polio</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>
<u>BCG</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>

## DONNÉES RESPONSABLE 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Qualité (*Père, Mère, Belle-mère, Beau-père, etc.*) : \_\_\_\_\_

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

Adresse (si différente de l'enfant) : \_\_\_\_\_

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

Tél : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

### **PROFESSION**

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

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

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

Tél Pro : \_\_\_\_\_

## DONNÉES RESPONSABLE 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Qualité (*Père, Mère, Belle-mère, Beau-père, etc.*) : \_\_\_\_\_

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

Adresse (si différente de l'enfant) : \_\_\_\_\_

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

Tél : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

### **PROFESSION**

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

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

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

Tél Pro : \_\_\_\_\_

**PERSONNE AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT  
(Hors responsable 1 et 2)**

1) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

2) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

3) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

4) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

5) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE**

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

Numéro de client : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MÉDICALES

### Médecin traitant

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

### Allergies

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

Allergies alimentaires : oui  non

Si oui, préciser :

---

---

Asthme : oui  non

Allergies médicamenteuses : oui  non

Si oui, préciser :

---

---

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

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

## INSCRIPTION

### Établissement

École maternelle des Albères   
PS/MS/GS

École élémentaire du Canigou   
CP/CE1/CE2/CM1/CM2

### Choix de l'inscription

\*En cas de résidence alternée, veuillez préciser si les semaines paires et/ou impaires sont à la charge du père ou de la mère : -Semaines Paires : \_\_\_\_\_ -Semaines Impaires : \_\_\_\_\_

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

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

## MODE DE PAIEMENT

- Chèque / Espèces (en Mairie, Service Restauration Scolaire)
- Prélèvement Bancaire (fournir RIB, si changement de domiciliation ou mode de paiement)
- Carte Bancaire (sur le portail famille)

**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. (Délibération en date du 12 juin 2019 : 2019-035)**

**\*Je m'engage à signaler tout changement de situation en cours d'année (radiation de l'enfant, changement d'adresse, de banque, de situation familiale...) auprès de la Restauration Scolaire.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Nom et Signature Responsable Légal

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

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

### **Pièces obligatoires**

- Attestation d'assurance scolaire
- Justificatif de travail des responsables 1 et 2
- 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
- Le carnet de vaccination
- L'approbation du règlement intérieur de la restauration scolaire

### **Pièces facultatives**

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



Gestion Restauration Scolaire

Tél : 04.68.21.71.25

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

---

## Autorisation de prélèvement pour la restauration scolaire

Mme ou  M Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements pour la restauration scolaire de la Mairie de Bages (66).

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 (66).

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature :

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