

Commune d'Annet-sur-Marne  
Restauration scolaire/Étude du soir  
Accueil au secrétariat de la Mairie  
38 rue Paul Valentin  
Tel : 01 60 26 02 79  
Fax : 01 60 26 81 29  
Mail : cantine.annet.marne@wanadoo.fr

## **INSCRIPTION CANTINE / ÉTUDE** **ANNEE SCOLAIRE 2017-2018**

**Documents à fournir impérativement : (Attention : tout dossier incomplet sera automatiquement renvoyé)**

- Copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Copie de l'attestation d'assurance scolaire

### **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

#### **ENFANT**

NOM : .....

PRENOM : .....

FILLE  GARÇON

ADRESSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

<b><u>GROUPE SCOLAIRE FRÉQUENTÉ</u></b>	<b><u>MATERNELLE</u></b>	<b><u>ÉLÉMENTAIRE</u></b>
VICTOR VASARELY <input type="checkbox"/>	TPS/PETITS <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
MAURICE AUZIAS <input type="checkbox"/>	MOYENS <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/>
LUCIEN LEFORT <input type="checkbox"/>	GRANDS <input type="checkbox"/>	CE2 <input type="checkbox"/>
		CM1 <input type="checkbox"/>
		CM2 <input type="checkbox"/>

#### **COORDONNEES DES PARENTS (TUTEUR/TUTRICE)**

<b><u>PERE ou TUTEUR</u></b>	<b><u>MERE ou TUTRICE</u></b>
NOM :	NOM :
PRENOM	PRENOM
N° de téléphone domicile :	N° de téléphone domicile :
N° de portable :	N° de portable :
N° de téléphone professionnel :	N° de téléphone professionnel :
E mail :	E mail :

#### **SITUATION DU OU DES PARENT(S)**

<input type="checkbox"/> MARIÉS OU VIE MARITALE	<input type="checkbox"/> SÉPARÉS OU DIVORCÉS	<input type="checkbox"/> ÉLEVANT SEUL(e) L'ENFANT	<input type="checkbox"/> VEUF / VEUVE
--	---	--	---------------------------------------

**Pour les parents séparés ou divorcés, merci de préciser les coordonnées du destinataire de la facture :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Numéro d'allocataire CAF : .....

**NB : En cas de garde exclusive, un document stipulant cette disposition devra être donné aux services municipaux.**

**FRÉQUENTATION CANTINE / ETUDE**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018**

**Le Lundi 4 septembre 2017**, votre enfant fréquentera :

**La cantine :**     **OUI**     **NON**

**L'étude :**     **OUI**     **NON**

**Si non,**

**La cantine à compter du (précisez la date) :**     .....

**L'étude à compter du (précisez la date) :**     .....

Je soussigné(e), ....., représentant(e) légal de l'enfant.....demande son inscription à :

	<b>INSCRIPTION CANTINE</b>	<b>INSCRIPTION ETUDE 15H45/17H15 (Uniquement du CP au CM2)</b>
<b>A L'ANNEE*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>JOURS FIXES**</b> (PLANNING CONSTANT, A L'ANNÉE)	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
<b>OCCASIONNELLE***</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* : tous les jours d'ouverture de l'école sauf absences exceptionnelles prévues au règlement.

\*\* : Cochez les jours de la semaine où votre enfant déjeunera au restaurant scolaire. De ce fait, ces jours seront pris en compte pour l'année scolaire (aucune transmission de planning mensuel ne sera nécessaire)  
Exemple : votre enfant ne déjeune que les mardis et jeudis de l'année scolaire, cochez mardis et jeudis,

\*\*\* : Si vous cochez cette case, un planning mensuel devra être transmis **obligatoirement** en Mairie, le 20 de chaque mois pour le mois suivant y compris durant les vacances scolaires.

*Ce planning mensuel sera disponible en Mairie, au service Accueil/Etat Civil, dans les écoles, et également téléchargeable sur le site [www.annetsurmarnes.com](http://www.annetsurmarnes.com).*

(NB : La fréquentation occasionnelle doit rester une exception et non la règle. Cf : règlement intérieur)

**REGIME ALIMENTAIRE :**

**Sans Porc**     **oui**     **non**

**Projet d'Accueil Individualisé**     **oui**     **non**

Autres, Préciser : .....

Monsieur et/ou Madame ....., reconnaît avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la Restauration Scolaire et de l'Etude Surveillée m'ayant été communiqués.

**Annet, le**  
**Signature**

**FICHE D'URGENCE \*ANNÉE 2017-2018**

<i>GROUPE SCOLAIRE FRÉQUENTÉ</i>	<i>MATERNELLE</i>	<i>ÉLÉMENTAIRE</i>
VICTOR VASARELY <input type="checkbox"/>	TPS/PETITS <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/>
MAURICE AUZIAS <input type="checkbox"/>	MOYENS <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/>
LUCIEN LEFORT <input type="checkbox"/>	GRANDS <input type="checkbox"/>	CE2 <input type="checkbox"/>

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu de Naissance : .....

Nom, Prénoms et adresse des parents ou du représentant  
 légal : .....

Numéro de sécurité sociale de l'enfant et adresse du centre de rattachement :  
 .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

	<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
Téléphone domicile :		
Portable :		
Nom et adresse employeur :		
Téléphone professionnel :		

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A.....le.....  
 Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :  
 .....  
 (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Projet d'Accueil Individualisé, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)  
 .....

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :**  
 .....  
 .....

*\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.*  
 Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

**PERSONNE(S) HABILITÉE(S) A RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT  
A L'ÉCOLE ET A L'ÉTUDE / ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018**

*Je soussigné(e).....représentant(e) légal(e)  
autorise la (les) personne(s) désignée(s) ci-dessous, à récupérer mon  
enfant....., à la sortie de l'école et/ou de l'étude.  
Mon enfant est scolarisé à l'école :*

<u>GROUPE SCOLAIRE FRÉQUENTÉ</u>	<u>MATERNELLE</u>	<u>ÉLÉMENTAIRE</u>
VICTOR VASARELY <input type="checkbox"/>	TPS/PETIT <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/>
MAURICE AUZIAS <input type="checkbox"/>	MOYEN <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/>
LUCIEN LEFORT <input type="checkbox"/>	GRAND <input type="checkbox"/>	CE2 <input type="checkbox"/>

**1 - Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Numéro de Téléphone :** .....

**Lien de parenté ou autre :** .....

**2- Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Numéro de Téléphone :** .....

**Lien de parenté ou autre :** .....

**3 - Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Numéro de Téléphone :** .....

**Lien de parenté ou autre :** .....

**4 - Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Numéro de Téléphone :** .....

**Lien de parenté ou autre :** .....

*La présente liste a été établie à Annet-sur-Marne, le .....*

*Signature du représentant légal*