

INSCRIPTION CANTINE / ÉTUDE
ANNEE SCOLAIRE 2023-2024
DOSSIER A RETOURNER EN MAIRIE

Documents à fournir impérativement : (Attention : tout dossier incomplet sera refusé)

- 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 :

GROUPE SCOLAIRE FRÉQUENTÉ

MATERNELLE

ÉLÉMENTAIRE

VICTOR VASARELY

TPS/PETITS

CP

CM1

MAURICE AUZIAS

MOYENS

CE1

CM2

LUCIEN LEFORT

GRANDS

CE2

COORDONNÉES DES PARENTS (TUTEUR/TUTRICE)

PERE ou TUTEUR

MERE ou TUTRICE

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 :

Numéro d'allocataire CAF :
(renseignement obligatoire)

Numéro d'allocataire CAF :
(renseignement obligatoire)

SITUATION DU OU DES PARENT(S)

MARIÉS / VIE
MARITALE / PACSÉS

SÉPARÉS / DIVORCÉS

ELEVANT SEUL(e)
L'ENFANT

VEUF / VEUVE

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

NOM : PRÉNOM :

NB : En cas de garde exclusive, un document stipulant cette disposition devra nous être remis.

FRÉQUENTATION CANTINE / ETUDE
ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

Le Lundi 4 septembre 2023, 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 :

LA CANTINE :

CHOIX N° 1*	CHOIX N° 2**	CHOIX N° 3***
<input type="checkbox"/> A l'année	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Planning mensuel

* : **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, **au plus tard le 20 de chaque mois pour le mois suivant y compris durant les vacances scolaires.**

REGIME ALIMENTAIRE :

Sans Porc oui non

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) oui non

Autres, Préciser :

L'ETUDE :

CHOIX N° 1*	CHOIX N° 2**	CHOIX N° 3***
<input type="checkbox"/> A l'année	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Planning mensuel

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 2023-2024

<u>GROUPE SCOLAIRE FRÉQUENTÉ</u>	<u>MATERNELLE</u>	<u>ÉLÉMENTAIRE</u>
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 :

	PÈRE	MÈRE
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 :

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 2023-2024**

*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