



# DOSSIER PARTAGÉ D'INSCRIPTION

Une fiche de renseignement obligatoire par enfant Restauration scolaire/ALAÉ/ALSH

ECOLE DE LESCURE D'ALBIGEOIS

## ENFANT

### ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

Prénom & nom: \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Classe : PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

## RESPONSABLE LEGAL

Responsable 1 (domicile principal de l'enfant)	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <i>(Préciser) : .....</i>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <i>(Préciser) : .....</i>
<b>Situation entre le responsable 1 et le responsable 2 :</b> <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> *Divorcés <input type="checkbox"/> *Séparés <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Adresse : ..... ..... C.P : ..... Portable : ...../...../...../...../..... fixe : ...../...../...../...../..... Email : .....	Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Adresse : ..... ..... C.P : ..... Portable : ...../...../...../...../..... fixe : ...../...../...../...../..... Email : .....

**⚠ Pour bénéficier d'un tarif adapté à votre situation, vous devez justifier de vos revenus ou de votre quotient familial.**  
*A défaut le tarif le plus élevé vous sera appliqué*

<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes allocataire</b> <input type="checkbox"/> Allocataire CAF	<input type="checkbox"/> Allocataire MSA	<input type="checkbox"/> <b>Vous n'êtes pas allocataire</b>
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous les services de la mairie et le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à consulter vos données sur le site de la CAF ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>➡ Fournir l'avis d'imposition 2020</b>
Indiquez votre N° Allocataire CAF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>➡ Fournir l'attestation de quotient familial</b> <input type="checkbox"/> Pass MSA (fournir le justificatif)	

**Pour les parents séparés :**

Bénéficiez-vous d'une garde alternée oui  non  ➡ **Fournir le jugement de divorce ou la dernière décision de justice**

**Si oui ➡ Compléter la partie ci-dessous :**

Vous êtes :  la mère     le père

Votre garde :  Semaine paire     Semaine impaire     autre ➡ **Précisez** : .....

Le cas échéant souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée  oui  non **Si oui ➡ Chaque parent doit faire son propre dossier**

## RESTAURATION SCOLAIRE

Renseignements 05.63.60.11.44

**Toute inscription à la restauration scolaire vaut inscription à l'ALAE midi.** Renouvellement    ou     1<sup>ère</sup> inscription

Cadre réservé à l'administration

Quotient :

## CHOIX DES TYPES DE REPAS

Standard Sans porc Sans viande \*PAI *\*P.A.I : Projet d'Accueil Individualisé – Si un enfant présente une allergie d'origine alimentaire, un Projet d'Accueil Individualisé doit être réalisé avant son accueil au restaurant scolaire. La demande doit être formulée auprès de l'ALAE.*

## CHOIX DU CALENDRIER

## GRILLE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Votre enfant fréquentera la restauration scolaire et l'ALAE midi tous les :

 LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI**Je souhaite que mon enfant mange à la restauration scolaire dès le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée** **dans le cas contraire préciser : A partir du .....****Réservé aux parents avec un planning variable (fournir le planning de l'employeur ou une attestation de employeur)****GRILLE D'INSCRIPTION A LA SEMAINE / QUINZAINE OU MENSUELLE**

A titre exceptionnel, pour les parents dont la situation professionnelle est soumise à des variations de planning, une grille d'inscription variable est proposée.

➔ Oui je choisis l'inscription :

 à la semaine ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription **hebdomadaire**, **avant le mardi 12h00**, pour la semaine suivante. à la quinzaine ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription **à la quinzaine**, 9 jours à l'avance minimum. mensuelle ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription **mensuel**, 9 jours à l'avance minimum.

## MODE DE REGLEMENT DES FACTURES

Souhaitez-vous régler vos factures par prélèvement automatique oui  non 

Si oui complétez la partie ci-dessous :

 Reconduction du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires Reconduction du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB 1<sup>ère</sup> demande de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie pour signer le formulaire SEPA **avant le 10 septembre 2021****OU :**  Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de la mairie ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie, l'accès au portail famille).Mairie de Lescure d'Albigeois **Service Restauration Scolaire** - Email : [mairie@mairie-lescure.fr](mailto:mairie@mairie-lescure.fr) Tél. : 05.63.60.76.73et le SIVU ARTHES – LESCURE **Service Enfance – Jeunesse** - Email : [courrier@sivom-arthes-lescure.fr](mailto:courrier@sivom-arthes-lescure.fr) Tél. : 05.63.47.65.71

14 Avenue de l'Hermet 81380 Lescure d'Albigeois –

## ACCUEIL DE LOISIRS ASSOCIE A L'ECOLE (ALAÉ DU MATIN /MIDI /SOIR)

Renseignement 05.63.47.65.71

*Aucune pré-inscription n'est nécessaire.*

### MODE DE REGLEMENT DES FACTURES ALAÉ ET ALSH

Souhaitez-vous régler vos factures par prélèvement automatique oui  non

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- Reconduction** du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires
- Reconduction** du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB
- 1ère demande** de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie ou l'ALAE pour signer le formulaire SEPA avant le 10 septembre 2021

**OU :**  Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de la mairie ou de l'ALAÉ ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie ou à l'ALAÉ, l'accès au portail famille).

## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT (ALSH MERCREDI ET VACANCES)

Renseignement 05.63.47.65.71

*Inscription obligatoire*

*Un programme sera remis à l'enfant et/ou disponible sur le site [www.cajiweb.fr](http://www.cajiweb.fr)*

Envisagez-vous d'inscrire votre enfant au centre de loisirs (ALSH) ?  oui  non

*Pour les vacances scolaires, un programme sera remis à l'enfant et/ou disponible sur le site [www.cajiweb.fr](http://www.cajiweb.fr).*

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT OU A APPELER EN CAS D'URGENCE

**Mettre une croix dans la case correspondante**

Nom & Prénom	Lien de parenté	Tél. domicile	Tel. portable	Autorisé à récupérer l'enfant	Appel en cas d'urgence

***Si vous souhaitez que votre enfant quitte L'ALAE ou l'ALSH seul ou accompagné d'un mineur, vous devez obligatoirement fournir une autorisation parentale (à joindre à ce dossier, datée et signée).***

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : .....Tél. médecin : .....

## VACCINATIONS

**Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant**

L'enfant est-il vacciné contre :		Si oui, indiquer les dates des derniers rappels	
<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Rubéole- Oreillons- Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Autres (précisez.....)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## MEDICAMENTS

**Aucun médicament ne pourra être administré à l'enfant sans l'autorisation du responsable de service.  
Pour les traitements de longue durée, une PAI devra être mis en place.**

## MALADIES

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

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

## ALLERGIES

L'enfant a-t-il des allergies ?

Allergies	oui	non	A :
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite à tenir :
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire particulier un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** doit être effectué à l'initiative de la famille, auprès du médecin scolaire.

**Les recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc) Précisez.....**

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du service à prendre toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaire par l'état de l'enfant, y compris lors des sorties organisées.

Signature(s)

## Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e),

Représentant légal du (des) enfant(s) :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Autorise la Mairie de Lescure d'Albigeois et le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient prises dans le cadre de la restauration scolaire ou du CLSH.

Celles-ci pourront être reproduites par, la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Oui

Non

Oui

Non

Oui

Non

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s)

## Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

Représentant légal du (des) enfant(s) :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Non : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service restauration scolaire de la mairie et/ou le service enfance du SIVU Arthès/Lescure de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale ...).

Je reconnais également avoir pris connaissance du **règlement intérieur** et des **tarifs** relatifs :

**A la restauration scolaire** consultable en ligne (<http://www.lescure-albigeois.fr/restauration-scolaire>) conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

**A L'ALAE/ALSH** consultable en ligne (<http://www.cajiweb.fr>) conforme à la délibération du comité syndical, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après.

Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre (vos) enfant(s) à toutes fins de bénéficier des services de restauration scolaire de Lescure d'Albigeois.

Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas.

J'accepte que la mairie de Lescure d'Albigeois et le SIVU ARTHES/LESCURE échangent les informations portées sur ce formulaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier à la mairie de Lescure d'Albigeois.

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s)