

# Dossier Inscription et réinscription

2022-2023

Restauration scolaire - Périscolaire  
matin-soir et mercredi scolaire -  
Vacances extrascolaire (A.L.S.H)

Nom de la famille : .....

## Mode d'emploi

- Pour pré-inscrire votre/vos enfants à la restauration scolaire, au périscolaire et à l'ALSH il vous suffit de :
  - Remplir la fiche famille
  - Remplir la fiche enfant



### Pièces à fournir

- Photocopie du livret de famille (parents et enfants mineurs), 1<sup>ère</sup> inscription.
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (loyer ; eau ; gaz ; électricité ; assurance habitation) **1<sup>ère</sup> inscription et réinscription.**
- Assurance extra-scolaire, **1<sup>ère</sup> inscription et réinscription.**
- Attestation de paiement de la CAF datant du mois de l'inscription. **Pour la réinscription** celle-ci sera à joindre **en janvier.**
- Photocopie du dernier avis d'imposition (N-1) pour les parents de profession libérale et/ou sans ressource.
- Photocopie du récépissé d'inscription au Pôle Emploi et du dernier talon d'ASSEDIC (pour les chômeurs).
- Pour les parents séparés ou divorcés, dernier jugement de divorce ou ordonnance provisoire du juge des affaires familiales mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant. **1<sup>ère</sup> inscription.**
- Formulaire d'adhésion au prélèvement automatique « en faire la demande directement au service facturation restaurant scolaire à la mairie de Vendays-Montalivet ».

Dossier à retourner complet conformément au calendrier de remise des dossiers d'inscription au service jeunesse « médiathèque » 11 place de la mairie, 33990 Vendays-Montalivet.

**Certifie** l'exactitude des renseignements portés sur ce document,  
**M'engage** à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,  
**J'autorise** les responsables des activités à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale

Nom : .....

Le ...../...../.....

Prénom : .....

Signature des responsables légaux

# Fiche famille

## Responsable légal 1

Mme  Mlle  Mr  ou autre (organisme, tuteur ...)  Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... **email \*** : .....

Portable : ..... \*Le courriel permet d'accéder à l'Espace Famille et de recevoir des informations

## Situation professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

## Catégorie socio-professionnelle :

Agriculteur  Artisan  Cadre  Employé (e)  Profession libérale  Fonctionnaire   
En formation  Ouvrier  Recherche d'emploi  Etudiant  Retraité  Sans emploi

## Responsable légal 2

Mme  Mlle  Mr  ou autre (organisme, tuteur ...)  Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... **email \*** : .....

Portable : ..... \*Le courriel permet d'accéder à l'Espace Famille et de recevoir des informations

## Situation professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

## Catégorie socio-professionnelle :

Agriculteur  Artisan  Cadre  Employé (e)  Profession libérale  Fonctionnaire   
En formation  Ouvrier  Recherche d'emploi  Etudiant  Retraité  Sans emploi

## Situation familiale

Célibataire  Mariés  Vie maritale  Pacsés  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)   
En instance de divorce   
Nombre d'enfants à charge : ..... Allocataire : oui  non  Numéro allocataire : .....

Régime allocataire :

Caisse allocation familiale  Fonction publique   
Régime Mutualité sociale agricole  Régime privé  Autre  : .....

# Fiche(s) enfant(s)

## Enfant 1

Sexe : F  M  Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° Contrat : .....

Restaurant scolaire  Périscolaire matin et ou soir  ALSH Mercredi  ALSH Vacances scolaires

Transport scolaire

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : oui / non

## Fiche sanitaire enfant 1

**VACCINATIONS** : diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**Date du dernier vaccin DTP :**

Joindre la photocopie du carnet de santé avec la vaccination diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

Traitement médical: OUI  NON

**Si oui :**

**Prendre contact avec le directeur afin de mettre en place un PAI (projet d'accueil individualisé)**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI**

Régime alimentaire particulier : .....

**ALLERGIES et INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

INSECTES  ASTHME  ALIMENTAIRES  MEDICAMENTEUSE  AUTRE

Accord d'hospitalisation  Autorisation de prise de photo  Autorisation de sport

Port de lunettes  Port d'un appareil dentaire  Port d'un appareil auditif

- **BAIGNADE** : Sait nager  Se débrouille  Ne sait pas nager

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom: ..... Tél : .....

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** .....

Observations diverses : .....

## Enfant 2

Sexe : F  M  Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° Contrat : .....

Restaurant scolaire  Périscolaire matin et ou soir  ALSH Mercredi  ALSH Vacances scolaires

Transport scolaire

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : oui / non

## Fiche sanitaire enfant 2

**VACCINATIONS** : diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**Date du dernier vaccin DTP :**

Joindre la photocopie du carnet de santé avec la vaccination diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

Traitement médical: OUI  NON

**Si oui :**

**Prendre contact avec le directeur afin de mettre en place un PAI (projet d'accueil individualisé)**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI**

Régime alimentaire particulier : .....

**ALLERGIES et INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

INSECTES  ASTHME  ALIMENTAIRES  MEDICAMENTEUSE  AUTRE

Accord d'hospitalisation  Autorisation de prise de photo  Autorisation de sport

Port de lunettes  Port d'un appareil dentaire  Port d'un appareil auditif

- **BAIGNADE** : Sait nager  Se débrouille  Ne sait pas nager

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom: .....Tél : .....

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** .....

Observations diverses : .....

## Enfant 3

Sexe : F  M  Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° Contrat : .....

Restaurant scolaire  Périscolaire matin et ou soir  ALSH Mercredi  ALSH Vacances scolaires

Transport scolaire

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : oui / non

## Fiche sanitaire enfant 3

**VACCINATIONS** : diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**Date du dernier vaccin DTP :**

Joindre la photocopie du carnet de santé avec la vaccination diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

Traitement médical: OUI  NON

**Si oui :**

**Prendre contact avec le directeur afin de mettre en place un PAI (projet d'accueil individualisé)**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI**

Régime alimentaire particulier : .....

**ALLERGIES et INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

INSECTES  ASTHME  ALIMENTAIRES  MEDICAMENTEUSE  AUTRE

Accord d'hospitalisation  Autorisation de prise de photo  Autorisation de sport

Port de lunettes  Port d'un appareil dentaire  Port d'un appareil auditif

- **BAIGNADE** : Sait nager  Se débrouille  Ne sait pas nager

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom: ..... Tél : .....

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** .....

Observations diverses : .....

# Dispositions particulières

- Personne autorisée à venir chercher l'enfant régulièrement **autre que les parents** :

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Liende parenté: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Liende parenté: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Liende parenté: \_\_\_\_\_

## **En cas d'allergies ou intolérances alimentaires, vous devez, avant la rentrée :**

Faire établir, par votre médecin traitant ou allergologue, un certificat détaillé (type d'allergie, régime auquel votre enfant est soumis, dispositions à prendre en cas de problème ...)

Par l'intermédiaire du chef d'établissement faire la mise au point d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) qui déclinera les conditions d'accueil de votre enfant.

Ce n'est qu'une fois ces démarches effectuées et le document signé par tous les partenaires (y compris le personnel encadrant votre enfant) que celui-ci pourra être inscrit. Tout Projet d'Accueil Individualisé (PAI) n'est valable que pour l'année scolaire en cours.

# Droits et autorisations

**Droit à l'image (code civil, article 9) :** autorise  n'autorise pas

le cas échéant, la Ville de Vendays-Montalivet à publier sur papier ou sur support électronique les images des personnes sus-désignées pouvant figurer sur divers reportages photo ou vidéo réalisés par les services municipaux, dans le cadre de l'activité pratiquée.

**Droit au maquillage :** autorise  n'autorise pas

le personnel municipal à maquiller mon enfant lors d'activités d'expression.

**Utilisation des coordonnées :** autorise  n'autorise pas

le cas échéant, la Ville de Vendays-Montalivet à m'adresser des informations relatives aux services municipaux.

## **Envoi des Factures: (écrire en majuscule votre adresse mail)**

Par Email  Mail : .....@.....

Par Papier

# Quelques liens utiles ...

- Règlement de fonctionnement ville de Vendays-Montalivet : <https://portail.berger-levrault.fr/23096/accueil>
- Inscription transport scolaire : <https://scolaire33.transports.nouvelle-aquitaine.fr>
- Menu restaurant scolaire : <https://www.vendays-montalivet.fr/jeunesse/scolarite-inscription/restaurant-scolaire/>
- Projet d'accueil individualisé (PAI) : <https://www.education.gouv.fr/l-accueil-des-eleves-besoins-specifiques-la-mise-en-place-d-un-projet-d-accueil-individualise-6695>