



## FICHE D'INSCRIPTION RENTREE SCOLAIRE 2023-2024

### ENFANTS

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	N°SECURITE SOCIALE	CLASSE

### INSCRIPTIONS SERVICES

RESTAURATION SCOLAIRE	FORFAIT 4 JOURS	FORFAIT 3 JOURS * LUNDI/MARDI JEUDI/VENDREDI	FORFAIT 2 JOURS * LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	FORFAIT 1 JOUR* LUNDI/MARDI/J JEUDI/VENDREDI	OCCASIONNEL
<b>CHOIX * indiquer les jours choisis</b>					
ACCUEIL PERISCOLAIRE	MATIN Forfait Mois	SOIR Forfait Mois	MATIN LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	SOIR LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	OCCASIONNEL
<b>CHOIX * indiquer les jours choisis</b>					

### RENSEIGNEMENT PARENTS (le mail du responsable est référence pour la facturation)

#### Responsable

Nom / Prénom					
Adresse			Date de naissance		
			Situation de famille		
CP / Ville					
Tel Fixe		Tel Mobile		Tel Travail	
Email					
Profession					

#### Conjoint

Nom / Prénom					
Tel Fixe		Tel Mobile		Tel Travail	
Email					

Date et signature du ou des responsables précédé de la mention lu et approuvé.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON Restauration et Accueil Péri-scolaire 2023-2024

**ENFANT :** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon 0

Fille 0

**- VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser) :	
Ou Tétanos					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui 0 Non 0

Si oui, joindre une ordonnance médicale récente pour information des services médicaux en cas d'urgence.

Aucune médication ne sera administrée par un agent de la restauration scolaire et accueil péri-scolaire. Si la médication est obligatoire les parents doivent prendre leurs dispositions pour venir donner eux même le traitement.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	

**ALLERGIES :** ASTHME : Oui 0 Non 0

**MEDICAMENTEUSES :** Oui 0 Non 0

**ALIMENTAIRES** Oui 0 .....

Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s) son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un PAI et/ou un certificat médical nous aura été fourni.

Non 0

Régimes Sans Porc 0

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
**▪ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... ? Précisez  
**Joindre l'attestation d'assurance responsabilité civile du représentant légal de l'enfant ou assurance scolaire 2023-2024**

.....  
.....  
**▪ RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....

Téléphone Travail : .....

**Veillez communiquer tout changement de situation familiale, changement d'adresse ou de coordonnées téléphoniques ; en cas de divorce joindre la copie de la 1ere page du jugement de divorce et de la page relative à la garde des enfants.**

**Nom et téléphone du médecin traitant :** .....

**RENSEIGNEMENTS AUTORISATION DE SORTIE**

Responsable (1) :

n° téléphone :

Responsable (2) :

n° téléphone :

**Personne à prévenir en cas d'accident :** (autre que les parents)

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité .....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER VOTRE ENFANT (autre que les parents)**

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité .....

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité .....

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité .....

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité .....

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire le cas échéant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales ) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



## ANNEXE TARIFS

TARIFS EN VIGUEUR AU 1<sup>ER</sup> MAI 2023

Délibération N° 2023 -021 du 03/04/2023

### FONCTIONNEMENT

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
11H30-13H20	11H30-13H20	11H30-13H20	11H30-13H20

### TARIFS

TARIF DU REPAS ENFANT RESIDANT A DAUPHIN	TARIF DU REPAS OCCASIONNEL ENFANT RESIDANT A DAUPHIN	TARIFS DU REPAS ENFANT RESIDANT A L'EXTERIEUR DE DAUPHIN
2.50 €	3.30 €	4.50€

Pour les parents résidants sur la Commune de Saint-Martin les Eaux et dont les enfants sont scolarisés sur l'école de Dauphin, il faudra se rapprocher de la mairie de Saint-Martin les Eaux pour le paiement.

Le Maire

Michèle BERTIN



# Accueil Périscolaire

## ANNEXE TARIFS /FONCTIONNEMENT

TARIFS EN VIGUEUR AU 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2020

Délibération N°2020- 033 du 10/07/2020

### FONCTIONNEMENT GARDERIE

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
7H30-8H20	7H30-8H20	7H30-8H20	7H30-8H20
16H30-18H15	16H30-18H15	16H30-18H15	16H30-18H15

### TARIFS

TARIF AU MOIS ENFANT RESIDANT A DAUPHIN	TARIF OCCASIONNEL A L'HEURE ENFANT RESIDANT A DAUPHIN	TARIFS ENFANT RESIDANT A L'EXTERIEUR DE DAUPHIN
<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 € 1<sup>er</sup> enfant</li><li>• 5 € à compter du 2<sup>ème</sup> enfant et suivant de la même famille</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1.50 € /heure</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3.50 € /heure</li></ul>

Toute heure commencée est due dans son intégralité.

Pour les parents résidant sur la Commune de Saint-Martin les Eaux et dont les enfants sont scolarisés à l'école de Dauphin, la facturation du service garderie périscolaire sera facturée par la commune de Dauphin et le paiement devra être fourni à la commune de DAUPHIN.