

**Dossier d'inscription cantine scolaire /Périscolaire
Année 2023-2024**

À renvoyer par mail :
accueil@mairieleseglisottes.com
ou par courrier/main propre :

42 Av Victor- Hugo 33230 LES EGLISOTTES ET CHALAURES



INSCRIPTION

Cantine **(L'inscription au repas ne sera plus possible après 10 h 30 pour des raisons d'organisation et de gestion du service.**

Périscolaire (MATIN Après-midi)

Transport Scolaire

- Documents à fournir :
- Attestation du quotient familial caf
 - Attestation d'assurance extra-scolaire
 - Copie du carnet de vaccination
 - 1 photo récente

L'ENFANT

1. Nom : Prénom :
..... Garçon Fille
Date de naissance : / / Lieu de naissance
2. Nom : Prénom : Garçon Fille
Date de naissance : / / Lieu de naissance
3. Nom : Prénom : Garçon Fille
Date de naissance : / / Lieu de naissance
4. Nom : Prénom : Garçon Fille
Date de naissance : / / Lieu de naissance

RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom :Prénom : Email

Adresse:

CP : Ville :

Profession : Tél prof

Téléphone : Tél port

RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Nom :Prénom : Email

Adresse:

CP : Ville :

Profession : Tél prof

Téléphone : Tél port

ATTESTATION ASSURANCE (extra scolaire ou responsabilité civile) : fournir une attestation du contrat

N° de contrat :Compagnie d'assurance :

RENSEIGNEMENTS CAF fournir une attestation du quotient familial

N° De sécurité sociale auquel l'enfant est affilié :

N° d'allocataire : CAF MSA

AUTORISATIONS :

Renseignements des personne(s) habilité(e) à récupérer l'enfant

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je Soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant autorise :

- Le personnel d'encadrement du périscolaire à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques.
- Le personnel d'encadrement du périscolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant

Date : Signature :

DÉCLARATIONS ET SIGNATURES :

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur du service de restauration scolaire et du service de l'accueil périscolaire et je l'accepte dans son intégralité.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à la cantine de mon enfant à réception du relevé de frais.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

Fait à :

Le:

Nom du signataire:

Signature:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2023-2024



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT

1. Nom: Prénom: Garçon Fille

VACCINATIONS : fournir la photocopie du carnet de vaccination

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

Votre enfant a-t-il des allergies

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....
.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

.....
.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Le:

Nom du signataire:

Signature:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2023-2024



LES EGLISOTTES
ET CHALAURES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT

1. Nom: Prénom: Garçon Fille

VACCINATIONS : fournir la photocopie du carnet de vaccination

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

Votre enfant a-t-il des allergies

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....
.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

.....
.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Le:

Nom du signataire:

Signature:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2023-2024



LES EGLISOTTES
ET CHALAURES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT

1. Nom: Prénom: Garçon Fille

VACCINATIONS : fournir la photocopie du carnet de vaccination

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

Votre enfant a-t-il des allergies

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....
.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

.....
.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Le:

Nom du signataire:

Signature:

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie des Eglisottes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie des Eglisottes.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 10 ZZZ 610057

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MAIRIE LES EGLISOTTES
Adresse : 42, Avenue Victor
Code postal : 33 230
Ville : LES EGLISOTTES ET CHALAURES
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

FR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

| | | | | | | | | | (| | |)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :
Le

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie des Eglisottes. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Mairie des Eglisottes.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Choix du mode règlement :

- Opte pour le prélèvement automatique le 10 de chaque mois (remettre l'autorisation de prélèvement complétée et **signée accompagnée d'un RIB**)
 Opte pour le règlement par carte bancaire (via le site internet « www.payfip.gouv.fr »)
OU par tout autre moyen auprès de la trésorerie de Coutras (chèques, espèces, CB).

Protection des données personnelles :

Conformément aux dispositions relatives au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, les informations personnelles portées sur le formulaire d'inscription sont enregistrées dans un fichier informatisé détenu par la Mairie de Les Eglisottes et sont codées à l'abri des regards et du piratage. Ces données sont nécessaires à l'enregistrement et au suivi de vos enfants, à vous contacter en cas de besoin et à la facturation de la cantine scolaire.

J'autorise la mairie à utiliser mes données personnelles dans les circonstances prévues ci-dessus et reconnais avoir reçu le Règlement intérieur du restaurant scolaire.

Date : _____

Signature(s)

Inscription transport Bus Scolaire Année 2023-2024



TARIF POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

Le transport est ouvert aux enfants à partir de trois ans.

Une participation annuelle de 50 € par enfant est demandée pour toute inscription au transport scolaire.

Le tarif est fixe qu'elle que soit la durée d'inscription au transport sur l'année scolaire : qu'elle soit d'une semaine, de trois mois ou pour l'année scolaire entière, le tarif appliqué sera le même pour tous.

Aucune dégressivité tenant compte des ressources du foyer n'est appliquée. Toutefois, l'inscription au transport sera gratuite à partir du 3e enfant inscrit au transport scolaire de la CALi.

→ Une fois l'attestation sur l'honneur ci-jointe signée, demandant l'inscription au transport pour votre / vos enfant(s), et remise en mairie, une facture correspondant à la participation annuelle vous sera établie. Il vous est possible de la régler soit :

- Par carte bancaire via le site internet « www.payfip.gouv.fr » avec les références figurant sur la facture ;
- Après de la trésorerie de Coutras selon le mode de règlement de votre choix.

L'inscription ne sera validée et la carte de bus éditée qu'une fois le règlement effectué. Ces démarches nécessitent de fait plusieurs jours de traitement (environ une semaine).

L'enfant inscrit ne pourra en conséquence prendre le transport scolaire qu'une fois ces démarches accomplies.

→ Pièces à fournir :

- **1 photo récente** de chaque enfant concerné (d'identité de préférence) à remettre lors de la demande d'inscription ;
- Si un tiers dépose/vient récupérer le/les enfant(s) à l'arrêt de bus : l'autorisation parentale ci-jointe complétée et signée.

→ Des gilets réfléchissants sont mis gratuitement à disposition de tous les nouveaux inscrits, en mairie.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR : INSCRIPTION TRANSPORT SCOLAIRE 2023-2024

Je soussigné(é)

m'engage à payer la somme de 50 €* par enfant dans la limite plafond de 100 €* (au-delà de deux enfants inscrits, la 3e inscription et suivante(s) deviennent gratuite) afin d'inscrire mon / mes enfant(s),

.....
au transport scolaire pour l'année 2023/2024. J'ai été informé(e) que l'inscription ne sera validée et la carte de bus éditée qu'une fois que le règlement aura été encaissé.

Par cette attestation, j'accepte que mes données personnelles saisies soient exploitées par la mairie dans le cadre de l'inscription au transport scolaire de mon / mes enfant(s) exclusivement.

Date :

Signature du représentant légal :

*** ou le nouveau tarif 2023/2024 en cas de revalorisation**

A remettre en mairie

✂-----

FACULTATIF - A remettre en mairie

ATTESTATION SUR L'HONNEUR : INSCRIPTION TRANSPORT SCOLAIRE 2023-2024

Je soussigné(é)

Autorise les personnes désignées ci-dessous :

.....
.....
.....
.....

à accompagner mes enfants à la montée du Bus et à les récupérer à la descente du bus :

NOM Prénom de (s) enfant(s) :

.....
.....
.....

Les enfants seront reconduits à la garderie s'il n'y a personne à l'arrêt de bus, que ce soit l'un des deux parents ayant l'autorité parentale (en cas de séparation ou de divorce des parents, vous êtes priés d'en informer la mairie puisque sans cette information, l'enfant sera confié indifféremment à l'un ou l'autre parents) ou une personne habilitée par ce présent coupon.

Date :

Signature du représentant légal :

Année scolaire
2023/2024

(date limite d'inscription : 13 Juillet 2023)

À remettre à : Mairie LES EGLISOTTES ET CHALAURES
42 Avenue Victor HUGO
33230 LES EGLISOTTES ET CHALAURES
Tél : 05 57 69 50 15 FAX 09 71 70 19 08
Mail : mairie-les-eglisottes @wanadoo.fr

N° dossier :

A/ Élève (à compléter en lettres majuscules)

Sexe : F M

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse de l'élève durant la semaine si différente de celle du représentant légal : _____

Code postal : _____ Commune : _____

B/ Représentant légal (Parent - Tuteur - Famille d'accueil)

Garde alternée : OUI NON

Mme. M. Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ N° Port* : _____ E-mail* : _____

* J'autorise La Cali à me faire parvenir des informations concernant l'organisation du transport de mon enfant. oui non

C/ Scolarité prévue en 2023/2024 (à compléter)

Établissement scolaire fréquenté : **Ecole Publique Maternelle et Primaire**

Commune : **LES EGLISOTTES ET CHALAURES**

Classe fréquentée : _____
(précisez la classe)

D/ Transport (trajet du matin)

Cochez le réseau utilisé : Calibus (car scolaire) TER

Partie à renseigner par le demandeur

Point de montée

Commune : **LES EGLISOTTES ET CHALAURES**

Nom de l'arrêt (ou gare) : _____

Point de descente

Commune : _____

Nom de l'arrêt (ou gare) : _____

Point de montée en cas de correspondance

Commune : _____

Nom de l'arrêt (ou gare) : _____

**Si garde alternée, précisez le point de montée
du deuxième trajet**

Commune : _____

Nom de l'arrêt (ou gare) : _____

Partie réservée à l'organisateur du transport

Transporteur : _____

N° du circuit : _____

Correspondance

Transporteur : _____

N° du circuit : _____

Pièces à joindre au dossier :

Signature du représentant légal (obligatoire) :

