



ANNEE 2021 – 2022

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES
(restaurant scolaire et garderie)

A RENDRE IMPERATIVEMENT AU PLUS TARD LE 6 JUILLET 2021 EN MAIRIE

PARENT 1 (parent à facturer)		PARENT 2	
NOM, prénom(s) :		NOM, prénom(s) :	
Parenté avec l'enfant :		Parenté avec l'enfant :	
Adresse : CP Ville :		Adresse : CP Ville :	
Profession :		Profession :	
Employeur : Ville :		Employeur : Ville :	
☎ domicile : <input type="checkbox"/> liste rouge		☎ domicile : <input type="checkbox"/> liste rouge	
☎ portable :		☎ portable :	
☎ professionnel :		☎ professionnel :	
@ Courriel : (obligatoire pour les échanges et paiements garderie et cantine)		@ Courriel : (obligatoire pour les échanges et paiements garderie et cantine)	
AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE / PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT			
NOM, prénom, parenté		☎ Domicile	☎ Portable
RAPPEL DES TARIFS			
CANTINE Pour les élèves domiciliés à Neulise : 3,40 € Pour les élèves domiciliés à l'extérieur de la commune : 6 €		GARDERIE Par permanence de garderie du matin ou du soir : - pour les élèves domiciliés à Neulise : 3 € - pour les élèves domiciliés à l'extérieur de la commune : 3,65 € Forfait mensuel : - pour les élèves domiciliés à Neulise : 34 € - pour les élèves domiciliés à l'extérieur de la commune : 50 €	
CHOIX DU MODE DE PAIEMENT			
La Mairie de Neulise vous propose 3 modes de paiement (<i>choix pouvant évoluer en cours d'année</i>) : <input type="checkbox"/> en espèce ou chèque auprès du Trésor Public, 28 Rue Robert Lugnier 42260 Saint-Germain-Laval <input type="checkbox"/> par paiement en ligne sur le site www.tipi.budget.gouv.fr en renseignant les éléments présents sur l'avis des sommes à payer <input type="checkbox"/> par prélèvement automatique (<i>remplir le mandat de prélèvement SEPA joint + RIB si la procédure n'est pas encore en place</i>)			
ATTESTATION SUR L'HONNEUR			
DECLARE que le(s) enfant(s) sont couverts par une assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel M'ENGAGE à prévenir la Mairie de tout changement de situation et ce, jusqu'au dernier jour de l'année scolaire (adresse, téléphone, problème de santé, ...) ATTESTE sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis			

A, le Signature(s)

ENFANT A INSCRIRE AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Nom : Prénom :
Né(e) le : à :
Sexe : Masculin Féminin
Ecole Saint Joseph Publique Classe :

Inscription à la garderie matin soir
Inscription au restaurant scolaire repas classique¹ repas sans porc¹
Est autorisé(e) à rentrer seul(e) : oui non
Autorise la commune à utiliser les images prises et représentant mon enfant pour des supports de communication (internet, magazine communal, ...) oui non

SANTE DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Renseignements médicaux

Port de :

lentilles

prothèses dentaires

lunettes

autres (préciser)

prothèses auditives

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



Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé

Votre enfant présente un problème de santé :

Allergies ou intolérances alimentaires médicalement justifiées

Préciser

Asthme

Autre problème de santé

Préciser

Si vous avez coché une des cases ci-dessus, vous devez mettre en place ou renouveler un PAI (projet d'accueil individualisé) sans quoi, votre enfant ne pourra être accueilli aux services périscolaires



Fournir la copie du PAI établi pour l'école

Date et signature(s)

¹ Toute demande de repas autre que ceux proposés ne sera pas prise en compte.

ENFANT A INSCRIRE AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Nom : Prénom :
Né(e) le : à :
Sexe : Masculin Féminin
Ecole Saint Joseph Publique Classe :

Inscription à la garderie matin soir
Inscription au restaurant scolaire repas classique¹ repas sans porc¹
Est autorisé(e) à rentrer seul(e) : oui non
Autorise la commune à utiliser les images prises et représentant mon enfant pour des supports de communication (internet, magazine communal, ...) oui non

SANTE DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Renseignements médicaux

Port de :

lentilles

prothèses dentaires

lunettes

autres (préciser)

prothèses auditives

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



Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé

Votre enfant présente un problème de santé :

Allergies ou intolérances alimentaires médicalement justifiées

Préciser

Asthme

Autre problème de santé

Préciser

Si vous avez coché une des cases ci-dessus, vous devez mettre en place ou renouveler un PAI (projet d'accueil individualisé) sans quoi, votre enfant ne pourra être accueilli aux services périscolaires



Fournir la copie du PAI établi pour l'école

Date et signature(s)

¹ Toute demande de repas autre que ceux proposés ne sera pas prise en compte.

ENFANT A INSCRIRE AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Sexe : Masculin Féminin

Ecole Saint Joseph Publique Classe :

Inscription à la garderie matin soir

Inscription au restaurant scolaire repas classique¹ repas sans porc¹

Est autorisé(e) à rentrer seul(e) : oui non

Autorise la commune à utiliser les images prises et représentant mon enfant pour des supports de communication (internet, magazine communal, ...) oui non

SANTE DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Renseignements médicaux

Port de :

lentilles

prothèses dentaires

lunettes

autres (préciser)

prothèses auditives

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



Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé

Votre enfant présente un problème de santé :

Allergies ou intolérances alimentaires médicalement justifiées

Préciser

Asthme

Autre problème de santé

Préciser

Si vous avez coché une des cases ci-dessus, vous devez mettre en place ou renouveler un PAI (projet d'accueil individualisé) sans quoi, votre enfant ne pourra être accueilli aux services périscolaires



Fournir la copie du PAI établi pour l'école

Date et signature(s)

¹ Toute demande de repas autre que ceux proposés ne sera pas prise en compte.