RENTREE SEPTEMBRE 2023
CANTINE ET ACCUEIL DE LOISIRS

REINSCRIPTION SIMPLIFIEE DES ENFANTS DEJA INSCRITS EN 2022-2023

Madame, Monsieur,

Vous trouverez en pièce jointe, la fiche de réinscription à la restauration scolaire et à l'Accueil de Loisirs pour la prochaine rentrée scolaire.

Votre enfant étant déjà inscrit cette année, les formalités pour le réinscrire sont simplifiées.

Pièces à remettre :

- ☐ Fiche à compléter **lisiblement** (recto-verso)
- ☐ Justificatif de travail des parents (dernier bulletin, attestation, contrat …)
- ☐ 1 Photo d'identité récente de l'enfant (ou photocopie)
- ☐ 5 Timbres postaux autocollants **si vous souhaitez recevoir votre facture en version papier**
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire de 2023-2024 (avant le 15 juillet)
- ☐ Extrait du jugement séparation/divorce (si changement)
- ☐ Protocole PAI (pour tout traitement médical particulier)

Il est indispensable :

- de déposer ce dossier complet en Mairie Annexe, 5 Bd 1ere D.F.L. avant le

VENDREDI 23 JUIN 2023

- d'être à jour de tous les paiements de l'année en cours et des années antérieures

Passé ce délai, votre enfant sera inscrit sur liste d'attente et ne pourra pas rester à la cantine et/ou à l'Accueil de Loisirs à la rentrée.

Le Service Enfance-Jeunesse

Mairie de SOSPEL
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

FICHE DE RE-INSCRIPTION POUR LA CANTINE, ACTIVITES EXTRA ET PERISCOLAIRES

Année Scolaire 2023-2024

Photo (Obligatoire)

Elève :

Nom : **Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Classe à la rentrée 2023-2024 :

Représentants Légaux :

1-Père, Mère ou Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

2-Père, Mère ou Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Situation familiale : □ Célibataire □ Marié □ Pacsé □ Divorcé □ Séparé □ Union maritale

Profession et lieu :

Tél : Domicile :

Portable :

Travail :

Mail :

Profession et lieu :

Tél : Domicile

Portable :

Travail :

Mail :

Organismes Administratifs :

	Nom et Adresse	Numéro Adhérent
SECURITE SOCIALE		
CAF/MONACO/MSA		
ASSURANCE SCOLAIRE		

Renseignements Médicaux :

Nom du Médecin Traitant : Téléphone :

Adresse :

Observations particulières (contre-indications, allergies, régime, PAI….) :

Services choisis et facturés ***toute modification doit se faire par ECRIT : mail ou courrier***

CANTINE **(11h30-13h30)**	Lundi □	Mardi □	Jeudi □	Vendredi □		
Garderie du Matin (7h30 à 8h30)	Lundi □	Mardi □	Jeudi □	Vendredi □		
Garderie du Soir **(16h30 à 17h30)**	Lundi □	Mardi □	Jeudi □	Vendredi □		
Garderie du Soir **(16h30 à 18h30)**	Lundi □	Mardi □	Jeudi □	Vendredi □		
Forfait matin + soir **(préciser 1H ou 2H)**	Lundi □	Mardi □	Jeudi □	Vendredi □	□ 1h00	□ 2h00
MERCREDI □						

Vacances Scolaires Automne □ Hiver □ Printemps □ Eté □ ***(une fiche de réservation sera à télécharger)***

Documents à fournir :

□ Justificatif de travail des parents (Bulletin, attestation…)

□ Attestation d'Assurance de 2023-2024 ***obligatoire***

□ 5 Timbres postaux autocollants **uniquement**

□ 1 Photo d'identité de l'enfant

□ Extrait du jugement séparation/divorce (si changement)

□ Protocole PAI (pour tout traitement médical particulier)

Si vous souhaitez recevoir la facture version papier

ETRE A JOUR DE TOUTES LES SOMMES DUES AU TITRE DES ANNEES SCOLAIRES PRECEDENTES

Je(nous) soussigné(s) : *(noms prénoms des Représentants légaux)* .....

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon(notre) enfant :

NOM, Prénom	N° Tél fixe et/ou portable	Lien de Parenté

⚠ *Si, occasionnellement, une autre personne vient chercher l'enfant, la personne mandatée par la famille devra se munir d'une autorisation datée et signée par les parents et d'une pièce d'identité.*

☐ **QUI APPELER EN CAS D'URGENCE :**

NOM, Prénom	N° t el fixe et/ou portable	Lien de Parenté

☐ **AUTORISE(NT)** les responsables :

- A prendre le cas échéant toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant ;
- A administrer à mon enfant des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes ou morsures ;
- A administrer à mon enfant, en cas de fièvre, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant ;
- A administrer, en cas de maladie de mon enfant, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance ;
- A appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.

☐ **AUTORISE(NT)** que mon enfant soit filmé ou photographié dans le cadre de la cantine, des activités périscolaires ou extrascolaires ;

☐ **AUTORISE(NT)** la diffusion de l'image de mon enfant sur différents supports de communication en lien avec la cantine ou le centre de loisirs ou la commune de Sospel (site internet, journal de la commune ...) ;

☐ **AUTORISE(NT)** mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques ;

☐ **AUTORISE(NT)** mon enfant à participer à des sorties ;

☐ **AUTORISE(NT)** mon enfant à quitter seul les activités :

Nous attirons l'attention des parents sur le fait que cette autorisation s'adresse principalement aux enfants ayant atteint un degré de maturité suffisant pour appréhender la voie publique.

*** De l'accueil du soir 1ere heure (17h30)** ☐ **Oui** ☐ **Non**

*** De l'accueil du soir 2ème heure (18h30)** ☐ **Oui** ☐ **Non**

*** De l'accueil du mercredi (18h00)** ☐ **Oui** ☐ **Non**

☐ **S'ENGAGE(NT)** à rembourser tous les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels ;

☐ **S'ENGAGE(NT)** à respecter le règlement de fonctionnement des activités que mon (mes) enfant(s) fréquente(nt) ;

☐ **AUTORISE(NT)** à m'(nous) envoyer des informations par mail ;

☐ **CERTIFIE(NT)** être informé(s) de mon (notre) intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels. Et, ce conformément à la loi n° 2001-624 du 17/07/01 dans son titre IV (dispositions relatives à la jeunesse et à l'éducation populaire) ;

☐ **CERTIFIE(NT)** avoir pris connaissance des renseignements demandés, atteste de l'exactitude des informations sur ma (notre) situation figurant dans le présent dossier et m'(nous) engage(ons) à signaler à la mairie tout changement pouvant intervenir. ***Dans l'hypothèse où aucune case n'est cochée, la municipalité considère que vous donnez votre accord.***

Fait à , le

Signature Représentant 1 Signature Représentant 2