# Dossier d’inscription SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE 2021/2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de(s) l’enfant(s)** | **Prénom(s) de(s) l’enfant(s)** | **M ou F** | **Classe** | **Jours de présence**  **Restauration scolaire** | **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique** |
|  |  |  |  | 🞏Lundi 🞏Mardi  🞏Jeudi 🞏Vendredi |  |
|  |  |  |  | 🞏Lundi 🞏Mardi  🞏Jeudi 🞏Vendredi |  |
|  |  |  |  | 🞏Lundi 🞏Mardi  🞏Jeudi 🞏Vendredi |  |
|  |  |  |  | 🞏Lundi 🞏Mardi  🞏Jeudi 🞏Vendredi |  |

**Nom et adresse des parents ou du représentant légal : …………………...…………**

**Nom et adresse du centre de sécurité sociale : ………………………………………..**

**N° Sécurité Sociale : ………………………………………………………………………...**

**Nom et adresse de l’assurance scolaire : ……………………………………..………..**

**Votre numéro d’allocataire C.A.F. (obligatoire)** : ………………………………...…….

**Votre adresse mail :** ……………………………………………**@**.................................

.

En cas d’accident, les responsables du restaurant scolaire s’efforcent de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. **Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :**

N° de téléphone du domicile :

N° de travail du père : Portable :

N° de travail de la mère : Portable :

Nom et N° de **téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement** :

En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur **ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagner de sa famille**.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

**ENFANT 1 : Prénom : ……………………………………………….**

Nom du médecin traitant : .............................................. Téléphone :  01………………………...

L’enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, lequel ?......................................................................................................................

L’enfant présente-t-il un handicap ou une maladie nécessitant une attention particulière ?

* OUI  NON

Si oui, précisez…………………………………………………………………………………………………

(Le service vous contactera si besoin afin de mettre en place un PAI).

L’enfant est-il suivi par une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ?  OUI  NON

Un protocole d’Accueil est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ?  OUI  NON

Information utile que vous jugez nécessaire : ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**ENFANT 2 : Prénom : ………………………………………………….**

Nom du médecin traitant : .............................................. Téléphone :  01………………………...

L’enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, lequel ?.....................................................................................................................

L’enfant présente-t-il un handicap ou une maladie nécessitant une attention particulière ?

* OUI  NON

Si oui, précisez…………………………………………………………………………………………………

(Le service vous contactera si besoin afin de mettre en place un PAI).

L’enfant est-il suivi par une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ?

* OUI  NON

Un protocole d’Accueil est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ?  OUI  NON

Information utile que vous jugez nécessaire : ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**ENFANT 3 : Prénom : ………………………………………………………**

Nom du médecin traitant : .............................................. Téléphone :  01………………………...

L’enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, lequel ?.....................................................................................................................................

L’enfant présente-t-il un handicap ou une maladie nécessitant une attention particulière ?  OUI  NON

Si oui, précisez………………………………………………………………………………………

(Le service vous contactera si besoin afin de mettre en place un PAI).

L’enfant est-il suivi par une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ?

* OUI  NON

Un protocole d’Accueil est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ?

* OUI  NON

Information utile que vous jugez nécessaire : ………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**ENFANT 4 : Prénom : ………………………………………………………**

Nom du médecin traitant : .............................................. Téléphone :  01………………………...

L’enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, lequel ?.....................................................................................................................................

L’enfant présente-t-il un handicap ou une maladie nécessitant une attention particulière ?

 OUI  NON

Si oui, précisez………………………………………………………………………………………

(Le service vous contactera si besoin afin de mettre en place un PAI).

L’enfant est-il suivi par une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ?

* OUI  NON

Un protocole d’Accueil est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ?

* OUI  NON

Information utile que vous jugez nécessaire : ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Attention : En cas de non renseignement de cette partie, la Mairie de Vaux-sur-Seine se dégage de toute responsabilité en cas de problème médical de l’enfant.**

**AUTORISATIONS**

J’autorise le personnel de la Ville de VAUX-SUR-SEINE à filmer, photographier, mon enfant, inscrit au restaurant scolaire et à utiliser son image sur

 Le journal municipal, le facebook et le site Internet de la commune

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………………………………

………responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du service restauration scolaire, le cas échéant à prendre toutes mesures d’urgence rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

**J’atteste avoir reçu les règlements du service restauration scolaire mis à jour afin d’en prendre connaissance, et d’accepter son contenu.**

**Vaux-sur-Seine, le Signature des parents :**

### Liste des pièces à retourner en mairie ou par mail ([scolaire@vauxsurseine.fr](mailto:scolaire@vauxsurseine.fr)) avec le dossier complet

|  |  |
| --- | --- |
|  | Activité |
| Pièces à fournir | Cantine |
| Attestation CAF  *Demandé par les services financiers pour le recouvrement (Trésor Public)* |  |
| Justificatif de domicile de – de 3 mois  *Pour justifier de la domiciliation sur la commune* |  |
| Certificat de vaccination (page 90/91 du carnet de santé)  *Obligatoire en accueil collectif* |  |
| Avis d’impôt 2021  Dès réception  *Pour le calcul du Quotient Familial* |  |
| Avis d’impôt 2020  Valable jusqu’au 31/12/2021  *Pour le calcul du Quotient Familial* |  |
| Formulaire de P.A.I.  *En cas de problème de santé nécessitant un aménagement ou un traitement particulier* |  |