# Dossier d’inscription SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE 2023/2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de(s) l’enfant(s)** | **Prénom(s) de(s) l’enfant(s)** | **M ou F** | **Niveau scolaire année 2023/2024** | **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 |  |

**Coordonnées des parents ou du représentant légal :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** | **Représentant légal** |
| **Nom Prénom** |  |  |  |
| **Adresse** |  |  |  |
| **Situation professionnelle + nom employeur** |  |  |  |
| **Adresse mail** |  |  |  |
| **Numéro de portable** |  |  |  |
| **Numéro du domicile** |  |  |  |
| **Numéro de travail** |  |  |  |

**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)** : ………………………………...…….

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**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Téléphone | Lien de parenté avec le(s) enfant(s) |
|  |  |  |  |

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 Individualisé (PAI) est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ? (Attention, un PAI est à renouveler à chaque rentrée scolaire)

 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 Individualisé (PAI) est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ? (Attention, un PAI est à renouveler à chaque rentrée scolaire)

 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 Individualisé (PAI) est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ? (Attention, un PAI est à renouveler à chaque rentrée scolaire)

 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 Individualisé (PAI) est-il en cours ou a-t-il été signé avec l’école ? (Attention, un PAI est à renouveler à chaque rentrée scolaire)

 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

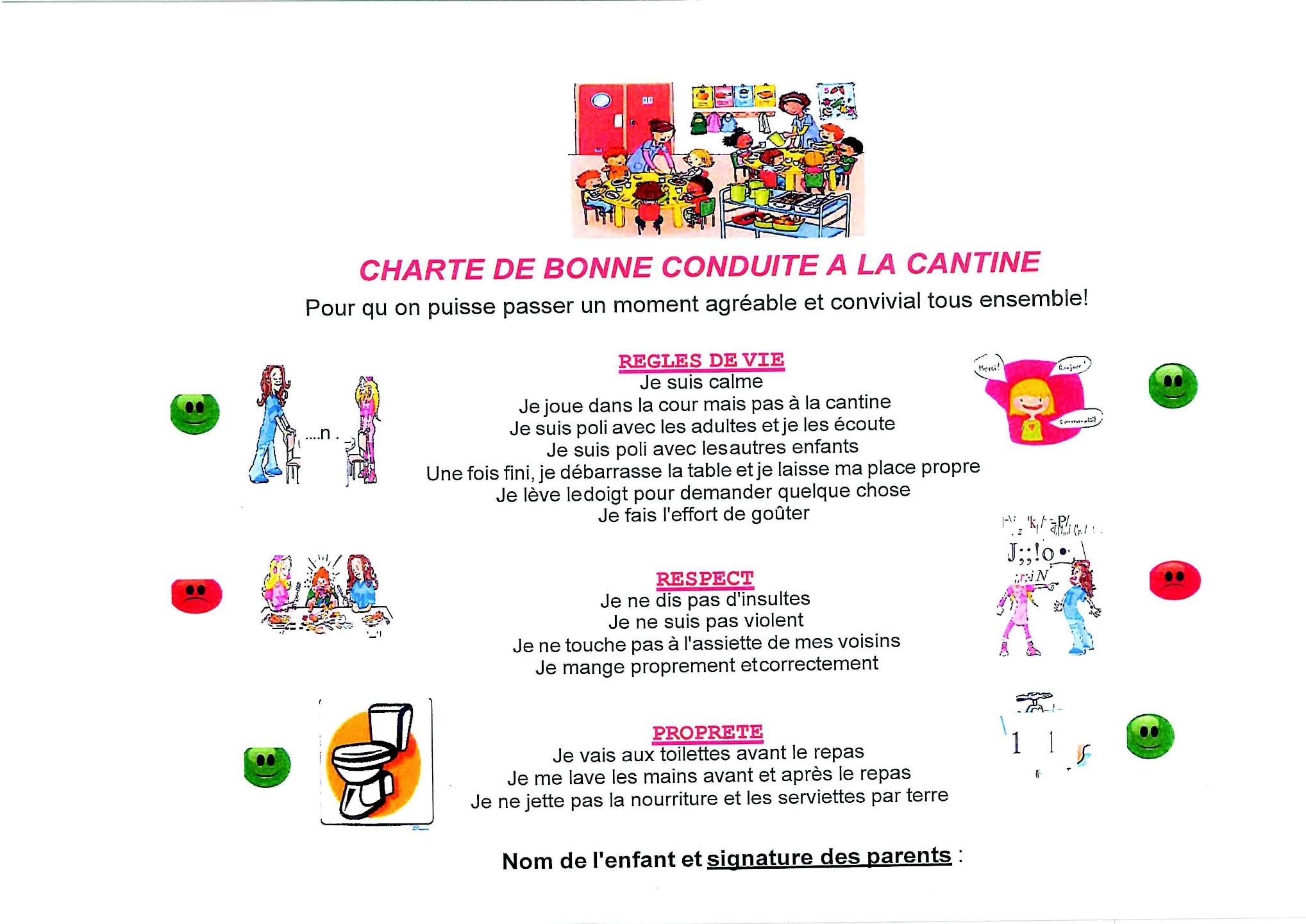
 Le journal municipal, le facebook et le site Internet de la commune

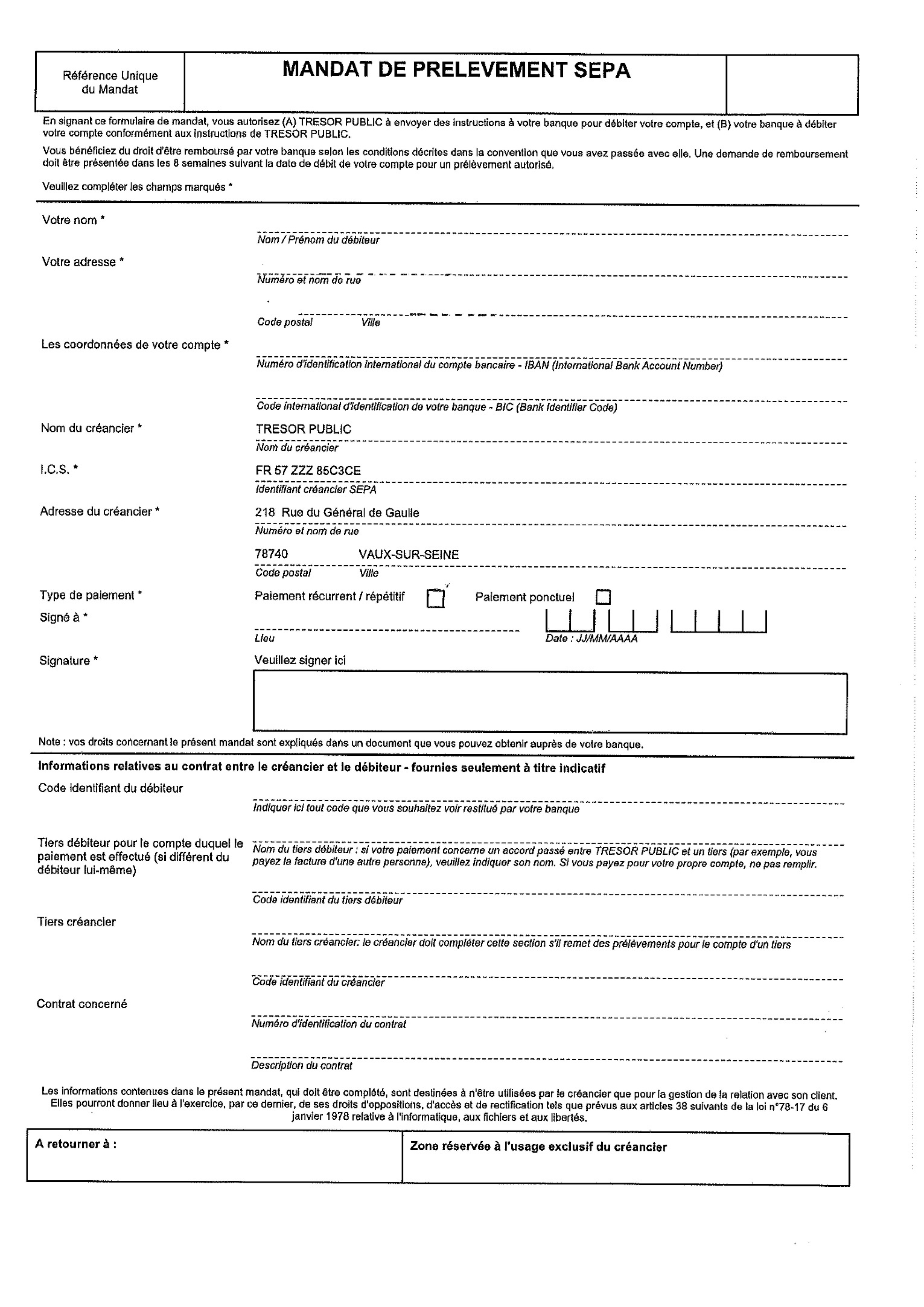
Je soussigné(e)……………………………………………………………………………………………………

………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

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les nouvelles inscriptions | Activité |
| Pièces à fournir | Cantine |
| Dossier d’inscription + Charte de bonne conduite |  |
| Attestation d’assurance scolaire/extra-scolaire  *En cas d’accident lors des activités extra-scolaires* |  |
| 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 (pages 90 à 93 du carnet de santé)  *Obligatoire en accueil collectif* |  |
| Avis d’impôt 2023  Dès réception  *Pour le calcul du Quotient Familial* |  |
| Avis d’impôt 2022  Valable jusqu’au 31/12/2023  *Pour le calcul du Quotient Familial* |  |
| Mandat de prélèvement SEPA + RIB  *En cas d’adhésion au paiement par prélèvement automatique* |  |
| Formulaire de P.A.I.  *En cas de problème de santé nécessitant un aménagement ou un traitement particulier* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les réinscriptions | Activité |
| Pièces à fournir | Cantine |
| Dossier d’inscription + Charte de bonne conduite |  |
| Attestation d’assurance scolaire/extra-scolaire  *En cas d’accident lors des activités extra-scolaires* |  |
| Justificatif de domicile de – de 3 mois  *Pour justifier de la domiciliation sur la commune* |  |
| Avis d’impôt 2023  Dès réception  *Pour le calcul du Quotient Familial* |  |
| Mandat de prélèvement SEPA + RIB  *En cas d’adhésion au paiement par prélèvement automatique ou de modification de vos coordonnées bancaires* |  |
| Formulaire de P.A.I.  *En cas de problème de santé nécessitant un aménagement ou un traitement particulier* |  |