

Commune de Savennières

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

Année scolaire 2020-2021

**Accueil périscolaire & Restauration scolaire**

*Merci de bien vouloir compléter ce document afin d'inscrire votre enfant aux services périscolaires de la commune (accueil et restauration scolaire).*

*Pour les nouveaux inscrits et pour les familles renseignant une nouvelle adresse mail, un message en provenance de : noreply@cosoluce.fr vous sera adressé à partir du 3 août 2020.*

*(Pensez aussi à vérifier vos messages indésirables.)*

*Merci de cliquer sur le lien contenu dans ce message pour activer votre compte.*

**Les réservations des repas se feront uniquement sur internet, via le portail Famille.**

**PIECES ADMINISTRATIVES à FOURNIR (obligatoire) :**

- Attestation d'assurance extra – scolaire
- Numéro d'allocataire CAF ou MSA + attestation de quotient familial (**passage au QF maximum si non renseigné**)
- Jugement de garde alternée ou exclusive s'il y a lieu
- Formulaire de demande de prélèvement + RIB (*si nouvelle demande*)

Le règlement intérieur des services périscolaires et le formulaire de demande de prélèvement sont disponibles sur le site de la commune : [www.savennieres.fr](http://www.savennieres.fr)

**Le dossier d'inscription est à déposer en mairie avant le 3 août 2020.**

Cadre réservé au service administratif

Date de réception du dossier : .....

Dossier complet : oui  - non

Si **non**, pièces manquantes : .....

Date d'enregistrement Mango : ..... par : .....

# FICHE FAMILLE (une par foyer)

## RESPONSABLES LÉGAUX :

Père  Mère  Autre

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : .....

Commune : .....

 Domicile : .....

 Portable : .....

@ email : .....

Régime Allocataire : CAF - MSA

N° Allocataire : .....

Quotient familial : .....

Situation familiale : .....

Célibataire  Marié(e)  Veuf (ve)


Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubin(e)

Autorité parentale : oui  - non

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Profession : .....

 Professionnel : .....

Père  Mère  Autre

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : .....

Commune : .....

 Domicile : .....

 Portable : .....

@ email : .....

Régime Allocataire : CAF - MSA

N° Allocataire : .....

Quotient familial : .....

Situation familiale : .....

Célibataire  Marié(e)  Veuf (ve)


Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubin(e)

Autorité parentale : oui  - non

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Profession : .....

 Professionnel : .....

Adresse mail à utiliser pour le Portail Famille (obligatoire): .....

## PERSONNES AUTORISÉES à RÉCUPÉRER vos ENFANTS :

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

# AUTORISATION PARENTALE

## (obligatoire)

Je soussigné(e) .....

responsable légal de ou des enfant(s) : .....

- ✓ atteste que tous les renseignements fournis sur ce présent document sont exacts ;
- ✓ certifie que mon (mes) enfant(s) est(sont) à jour des vaccinations obligatoires en collectivité ;
- ✓ autorise la commune de Savennières à utiliser le site CDAP afin de vérifier mon quotient familial : oui  - non  ;
- ✓ m'engage à faire notifier toute modification de données concernant ma situation ou celle(s) de mon (mes) enfant(s) ainsi que tout changement ou absence de mon (mes) enfant(s) auprès des services de la mairie ;
- ✓ autorise mon (mes) enfant(s) à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre du restaurant scolaire et/ou de l'accueil périscolaire ;
- ✓ autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités par la commune de Savennières pour des publications municipal (site internet, bulletin municipal,...) oui  - non  ;
- ✓ autorise les responsables des activités à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon (mes) enfant(s) ;
- ✓ reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur (disponible sur le site : [www.savennieres.fr](http://www.savennieres.fr)) ;
- ✓ reconnais être informé(e), en vertu du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25/05/2018, de mon droit d'accès à mes données personnelles, de leur rectification et/ou de leur suppression.

Fait à : ..... le : .....

Signature :

Signature :

# FICHE ENFANT

NOM de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Classe à la rentrée de septembre 2020 : .....

Ecole fréquentée : .....

L'enfant fait-il l'objet d'une garde alternée : oui  - non  (si oui, fournir le jugement de garde)

## AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul après la classe : oui  - non

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil périscolaire : oui  - non

## INSCRIPTION au RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Occasionnel

## INSCRIPTION à l'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Oui  Non

Occasionnel

## SANTÉ

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

L'enfant porte-t-il :  
des lunettes   
des lentilles   
des prothèses auditives

L'enfant a-t-il des allergies :

Alimentaire  Asthme   
Médicamenteuses  Autres

Causes de l'allergie & conduite à tenir : .....

Un projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire ? : oui  - non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant est-il sous traitement : oui  - non

Si oui, lequel : .....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire ? oui  - non

Si oui, lequel : .....

Date : ...../...../.....

Signature des représentants légaux :

