

FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	 * A fournir si manquant.
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :



POUR BENEFICIER D'UN TARIF ADAPTE A VOTRE SITUATION, VOUS DEVEZ JUSTIFIER DE VOS REVENUS OU DE VOTRE QUOTIENT FAMILIAL

☐ Vous êtes allocataire		☐ Vous n'êtes pas allocataire
☐ Allocataire CAF	☐ Allocataire MSA	
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous les services de la mairie et le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à consulter vos données sur le site de la CAF ?		➔ Fournir l'attestation de quotient familial
☐ Oui	☐ Non	☐ Pass MSA (fournir le justificatif)
Indiquez votre N° Allocataire CAF : 		➔ Fournir l'attestation de quotient familial
		Cadre réservé à l'administration Quotient :

Pour les parents séparés :

Bénéficiez-vous d'une garde alternée oui ☐ non ☐ ➔ Fournir le jugement de divorce ou la dernière décision de justice

Si oui ➔ Compléter la partie ci-dessous :

Vous êtes : ☐ la mère ☐ le père

Votre garde : ☐ Semaine paire ☐ Semaine impaire ☐ autre ➔ Précisez :

Le cas échéant souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée ☐ oui ☐ non Si oui ➔ Chaque parent doit faire son propre dossier

A défaut le tarif le plus élevé vous sera appliqué

RESERVATION DES REPAS

Toute inscription à la restauration scolaire vaut inscription à l'ALAE midi.

☐ Renouvellement ou ☐ 1^{ère} inscription

CHOIX DES TYPES DE REPAS

Standard ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ *PAI ☐

*P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé – Si un enfant présente une allergie d'origine alimentaire, un Projet d'Accueil Individualisé doit être réalisé avant son accueil au restaurant scolaire. La demande doit être formulée auprès de l'ALAE.

CHOIX DU CALENDRIER

☐ OPTION 1 : GRILLE D'INSCRIPTION ANNUELLE.

Votre enfant fréquentera la restauration scolaire et l'ALAE midi tous les :

☐ LUNDI

☐ MARDI

☐ JEUDI

☐ VENDREDI

Je souhaite que mon enfant mange à la restauration scolaire dès le 1^{er} jour de la rentrée ☐
dans le cas contraire préciser : A partir du



☐ OPTION 2 : GRILLE D'INSCRIPTION VARIABLE A LA SEMAINE / QUINZAINE OU MENSUELLE.

A titre exceptionnel, pour les parents dont la situation professionnelle est soumise à des variations de planning. **(Fournir le planning de l'employeur ou une attestation d'employeur).**

Je m'engage à réaliser la réservation des repas de mon enfant **avant le mardi 12h00** pour la semaine suivante, la quinzaine, ou le mois, selon les modalités du règlement de la restauration scolaire.

☐ OPTION 3 : GRILLE D'INSCRIPTION OCCASIONELLE :

Vous devez impérativement vous rapprocher du **Service Restauration Scolaire** de la mairie pour la réservation des repas de votre enfant, ou utiliser votre portail famille.

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES RESTAURATION SCOLAIRE ET ALAE/ALSH

SOUHAITEZ-VOUS REGLER VOS FACTURES PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE	Restauration scolaire oui ☐ non ☐	ALAE/ALSH oui ☐ non ☐
---	---	---

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- ☐ Reconduction du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires
- ☐ Reconduction du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➡ Fournir un RIB
- ☐ 1ère demande de prélèvement automatique ➡ Fournir un RIB et se rendre à la mairie pour signer le formulaire SEPA **avant le 25 août 2026**

Ou : ☐ Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de la mairie ou du SIVU ARTHES LESCURE ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à la mairie ou au SIVU ARTHES LESCURE, l'accès au portail famille) :

PERSONNES A CONTACTER
Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs des structures, consultables en ligne sur le site <http://www.sivu-arthès-lescure.fr> ou sur le site de la commune.

- nous nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

- En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après :

Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant à toutes fins de bénéficier des services de restauration scolaire de la commune, de l'ALAE et de l'ALSH et du CAJI du SIVU ARTHES-LESCURE. Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas et du service enfance et jeunesse.

- Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier à la mairie ou au SIVU ARTHES LESCURE.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement