

# FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025

| ENFANT      |                                                                                     |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Identité    | Photo (*)                                                                           |
| Nom :       |  |
| Prénom :    |                                                                                     |
| Sexe :      |                                                                                     |
| Naissance : |                                                                                     |
| A :         |                                                                                     |
| Email :     |                                                                                     |
| Tel :       |                                                                                     |

\* A fournir si manquant.

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |
|---------------------------------|
| Assureur :                      |
| Num :                           |

| RESPONSABLE LEGAL                                                                                              |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable 1                                                                                                  | Responsable 2                                                                                                  |
| Nom :                                                                                                          | Nom :                                                                                                          |
| Prénom :                                                                                                       | Prénom :                                                                                                       |
| Profession :                                                                                                   | Profession :                                                                                                   |
| 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 :                                                                                            |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez)                                                                          | Type : Père / Mère / Autre (Précisez)                                                                          |
| Adresse :                                                                                                      | Adresse :                                                                                                      |
| Email :                                                                                                        | Email :                                                                                                        |
| Tél. :                                                                                                         | Tél. :                                                                                                         |
| Portable :                                                                                                     | Portable :                                                                                                     |
| Tél. Pro. :                                                                                                    | Tél. Pro. :                                                                                                    |

| 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 |





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

|                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vous êtes allocataire                                                                                                                                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Vous n'êtes pas allocataire                       |
| <input type="checkbox"/> Allocataire CAF                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 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'avis d'imposition 2023                                         |
| <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Non             |                                                                            |
| Indiquez votre N° Allocataire CAF :<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                          | ➔ Fournir l'attestation de quotient familial                               |
|                                                                                                                                                                                                                |                                          | <input type="checkbox"/> Pass MSA (fournir le justificatif)                |
|                                                                                                                                                                                                                |                                          | <b>Cadre réservé à l'administration</b><br>Quotient : <input type="text"/> |

**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<sup>ère</sup> 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

### 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<sup>er</sup> jour de la rentrée ☐

dans le cas contraire préciser : A partir du .....

**Réservé aux parents avec un planning variable (fournir le planning de l'employeur ou une attestation de employeur)**

### GRILLE D'INSCRIPTION A LA SEMAINE / QUINZAINE OU MENSUELLE

A titre exceptionnel, pour les parents dont la situation professionnelle est soumise à des variations de planning, une grille d'inscription variable est proposée.

➔ Oui je choisis l'inscription :

☐ à la semaine ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription hebdomadaire, avant le mardi 12h00, pour la semaine suivante.

☐ à la quinzaine ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription à la quinzaine, 9 jours à l'avance minimum.

☐ mensuelle ➔ Je m'engage à fournir un planning d'inscription mensuel, 9 jours à l'avance minimum.

## MODE DE REGLEMENT DES FACTURES RESTAURATION SCOLAIRE ET ALAE/ALSH

|                                                                                   |                                                                                           |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SOUHAITEZ-VOUS REGLER<br/>VOS FACTURES PAR<br/>PRELEVEMENT<br/>AUTOMATIQUE</b> | <b>Restauration scolaire</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>ALAE/ALSH</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

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 06 septembre 2024

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



| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES                                                                                                                                                                                                                                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Autorisations                                                                                                                                                                                                                                               | Réponse   |
| <b>Partir seul :</b> 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 |
| <b>Prise de photo :</b> 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 |
| <b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.                                                                                                                                    | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation :</b> 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   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                  | OUI / NON |
| <b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| <b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?   | OUI / NON |

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

| Données complémentaires |
|-------------------------|
|-------------------------|



# **ATTESTATION**

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- 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 <http://www.lescure-albigeois.fr/restauration-scolaire>.  
 - 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 Lescure d'Albigeois, de l'ALAE et de l'ALSH du SIVU ARTHES-LESCURE.  
 Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas et du service enfance et jeunesse.

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

\* A remplir obligatoirement