

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE (à déposer en mairie)
CANTINE SCOLAIRE/GARDERIE PÉRISCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

| RESPONSABLE LÉGAL 1 | RESPONSABLE LÉGAL 2 |
|---|---|
| Père* <input type="checkbox"/> mère* <input type="checkbox"/> Autre* <input type="checkbox"/> (préciser) : <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Date/lieu de naissance</u> : <u>N° CAF</u> : | Père* <input type="checkbox"/> mère* <input type="checkbox"/> Autre* <input type="checkbox"/> (préciser) : <u>Nom</u> : <u>Prénom</u> : <u>Date/lieu de naissance</u> : <u>N° CAF</u> : |
| <u>ADRESSE POSTALE</u> facturation* <input type="checkbox"/> | (si différente) : facturation* <input type="checkbox"/> |
| EMAIL obligatoire pour effectuer les réservations@..... | <u>EMAIL</u>@..... |
| <u>Tél. domicile</u> : / / / / <u>Tél. portable</u> : / / / / | <u>Tél. domicile</u> : / / / / <small>(si différent responsable 1)</small> <u>Tél. portable</u> : / / / / |
| EMPLOYEUR | EMPLOYEUR |
| <u>Nom</u> : <u>Tél. bureau</u> : / / / / <u>Tél. employeur</u> : / / / / | <u>Nom</u> : <u>Tél. bureau</u> : / / / / <u>Tél. employeur</u> : / / / / |

➤ Déclare(nt) avoir pris connaissance et approuvé le Règlement unique Cantine Scolaire, Garderie Périscolaire, disponible en mairie ou consultable sur le site internet (cuvat.org),

et s'engage(nt) à respecter ce règlement. Il appartient aux parents d'informer et d'expliquer à leur(s) enfant(s) les règles de bonne conduite en collectivité, ainsi que le respect dû aux camarades et au personnel municipal.

Des photos des enfants pourront éventuellement être prises et publiées dans le cadre du bulletin municipal et/ou du site internet de Cuvat. La signature du dossier d'inscription vaut accord des parents quant à leurs modalités de diffusion précitées sans autre contestation ou réclamation relevant du droit à l'image.

➤ Demande(nt) l'inscription du ou des enfants suivants pour l'année scolaire 2019/2020 :

| NOM | PRENOM | NE(E) LE | Garçon* | Fille* | CLASSE | INSCRIPTION | | PAI** | |
|-----|--------|----------|---------|--------|--------|-------------|-----------|-------|-----|
| | | | | | | CANTINE* | GARDERIE* | OUI | NON |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Date :

Signatures :

(*cases à cocher)

(** PAI : Projet d'Accueil Individualisé – allergie alimentaire ... mis en place avec l'école, le médecin scolaire, la cantine)

MAIRIE DE CUVAT

1 Place de l'Eglise

74350 CUVAT

Tél. : 04-50-46-86-69

e-mail : garderie.cuvat@orange.fr**COMPLEMENT D'INFORMATIONS ANNÉE 2019-2020****RENSEIGNEMENTS PRATIQUES**

| NOM/PRENOM ENFANT | MEDECIN TRAITANT | | | Mise en place PAI | | CANTINE GARDERIE REGIME SPECIAL | VACCINATION(S) |
|-------------------|------------------|---------|-----------------|-------------------|---------------|---|---|
| | NOM | ADRESSE | N° DE TELEPHONE | Allergie(s) | Traitement(s) | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Menu sans porc* <input type="checkbox"/> Panier repas si PAI* | <input type="checkbox"/> DT polio* (obligatoire) <input type="checkbox"/> ROR* <input type="checkbox"/> BCG* |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Menu sans porc* <input type="checkbox"/> Panier repas si PAI* | <input type="checkbox"/> DT polio* (obligatoire) <input type="checkbox"/> ROR* <input type="checkbox"/> BCG* |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Menu sans porc* <input type="checkbox"/> Panier repas si PAI* | <input type="checkbox"/> DT polio* (obligatoire) <input type="checkbox"/> ROR* <input type="checkbox"/> BCG* |

AUTORISATION : Indiquez dans le tableau ci-dessous la (les) personne(s) autres que les parents à contacter en cas d'urgence, et/ou autorisée(s) à prendre votre (vos) enfant(s)

| Nom/Prénom de votre/vos enfants | Nom/Prénom/Adresse (personnes autres que les parents) | téléphone | A contacter en cas d'urgence | Autorisée à prendre l'enfant |
|---------------------------------|---|-----------|------------------------------|------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assurance scolaire (Organisme/N° d'adhérent) : **Attestation d'assurance jointe au dossier d'inscription**

Je soussigné(e) demande qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires à son/leurs état(s) (intervention chirurgicale, hospitalisation, anesthésie ou autres) soient donnés à mon/mes enfant(s) (nom/prénom) :

Fait à Cuvat le :/...../20..

Signature père/mère :