

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**TEMPS MERIDIEN, ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN ET DU SOIR**  
**ECOLE ELEMENTAIRE LOUIS GUILLEMOT**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2023 / 2024**

**A DEPOSER IMPERATIVEMENT AVANT LE 30 JUIN 2023 A L'ACCUEIL DE LA MAIRIE**

**PAS DE DEPOT PAR MAIL**

Pièces à joindre obligatoires :

- ☐ Fiche sanitaire de Liaison
- ☐ Attestation de quotient familial CAF de moins de 3 mois
- ☐ Attestation d'assurance de responsabilité civile

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**

**ENFANT**

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ..... Sexe : F – M

**RESPONSABLES LEGAUX**

**RESPONSABLE 1 :**

Qualité : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐

|                     |                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nom :               |                                                           |
| Prénom :            |                                                           |
| Date de Naissance : |                                                           |
| Adresse :           |                                                           |
| N° téléphone        |                                                           |
| N° portable :       |                                                           |
| e-mail :            |                                                           |
| PAYEUR*             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

**RESPONSABLE 2 :**

Qualité : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Conjoint ☐

|                     |                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nom :               |                                                           |
| Prénom :            |                                                           |
| Date de Naissance : |                                                           |
| Adresse :           |                                                           |
| N° téléphone :      |                                                           |
| N° portable :       |                                                           |
| e-mail :            |                                                           |
| PAYEUR*             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

\*La facturation des prestations sera établie au nom et à l'adresse du payeur indiqué

## RESERVATIONS :

### GARDERIE DU MATIN ET DU SOIR

Cocher dans le tableau ci-dessous le service et les jours souhaités :

| <input type="checkbox"/> ACCUEIL DU MATIN 7h20-08h20<br>(Service payant : forfait de 15€/mois) |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Réservations                                                                                   | Lundi                    | Mardi                    | Jeudi                    | Vendredi                 |
| <input type="checkbox"/> Semaines paires                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Semaines impaires                                                     |                          |                          |                          |                          |

| <input type="checkbox"/> ACCUEIL DU SOIR 16h30-18h00<br>(Service gratuit) |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Réservations                                                              | Lundi                    | Mardi                    | Jeudi                    | Vendredi                 |
| <input type="checkbox"/> Semaines paires                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Semaines impaires                                |                          |                          |                          |                          |

Pour les modifications en cours d'année, merci de vous référer au règlement périscolaire téléchargeable sur le site de la Mairie

Prélèvement automatique souhaité : ☐ OUI ☐ NON

Dans ce cas, merci de compléter le mandat SEPA téléchargeable sur le site de la Mairie et de joindre votre RIB

### RESTAURANT SCOLAIRE :

Les réservations sont faites par les familles sur l'application **App' table** disponible sur internet à l'adresse <https://apptable.elior.com/connexion> à l'aide du code d'accès fourni à chaque famille par le prestataire (ELIOR) ou par téléchargement sur l'Apple Store ou Google Play ou directement auprès de la Cheffe restaurant aux coordonnées suivantes : [av004012@elior.com](mailto:av004012@elior.com)

## REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

☐ SANS VIANDE

☐ ALLERGIE ALIMENTAIRE \*

\*Pour tout allergie alimentaire, un panier repas devra être fourni par les responsables légaux (voir modalités dans le règlement périscolaire 2023-2024) ;

## AUTORISATION PARENTALE

- Autorise mon enfant de plus de 7 ans à rentrer seul après l'accueil périscolaire du soir :

☐ OUI ☐ NON

- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant (sur présentation d'une pièce d'identité) :

| NOM | PRENOM | TELEPHONE |
|-----|--------|-----------|
|     |        |           |
|     |        |           |
|     |        |           |
|     |        |           |
|     |        |           |

## DROIT A L'IMAGE

Autorise la publication d'images et de vidéos de mon enfant et son exploitation éventuelle dans les outils d'information ou de communication de la Commune ☐ OUI ☐ NON

## ATTESTATION DES PARENTS

Nous soussignés, responsables légaux en qualité de père, mère, tuteur \* attestons l'exactitude des informations transmises ci-après (\* Rayer la mention inutile),

Et déclarons :

- ☐ Avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur des activités périscolaires ([www.commune-montanay.fr](http://www.commune-montanay.fr))
- ☐ Nous engager à respecter les modalités d'inscription et de fonctionnement des services périscolaires
- ☐ Autoriser le responsable des activités, à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgences rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- ☐ Consentir au traitement des données personnelles de mon enfant pour la gestion du périscolaire

Date :

Signature(s) :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont collectées par la Commune de Montanay pour la gestion du périscolaire. La base légale du traitement est l'intérêt légitime du responsable de traitement et le consentement pour les données sanitaires des enfants. Les données collectées relatives à la cantine scolaire sont communiquées à notre sous-traitant ELIOR pour la facturation des repas. Les données sont conservées pendant 1 an.

Vous disposez de droits concernant vos données personnelles. Vous pouvez les rectifier, demander leur effacement, vous opposez à leur traitement, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données ou votre droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez les exercer en contactant le DPO de la Mairie à l'adresse : [dpd@commune-montanay.fr](mailto:dpd@commune-montanay.fr). Si, après avoir nous avoir contacté, vous considérez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

### L'ENFANT

NOM : ..... SEXE : M ☐ F ☐  
 PRENOM : ..... ECOLE : ☐ Maternelle Pep Neyraud  
 DATE DE NAISSANCE : ..... ☐ Elémentaire Louis Guillemot

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

#### Responsable n°1

Nom ..... Prénom .....  
 Adresse .....  
 .....

#### Responsable n°2

Nom ..... Prénom .....  
 Adresse .....  
 .....

### VACCINATION

Compléter le tableau suivant en se référant aux pages vaccinations du carnet de santé, ou à défaut, joindre les photocopies

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | BCG                        |       |
| Ou Tetracoq          |     |     |                            |                            |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant présente-t-il un problème de santé ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser.....  
 .....  
 .....

- L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice).  
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

