SERVICES PERISCOLAIRES DE BERRIC
INSCRIPTION 2024-2025
Restaurant scolaire et Garderie – ACM

A retourner en mairie avant le 15 août 2024

ENFANTS

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole	Classe	Asthme, Allergie à un aliment ou un médicament [1]	Lunettes, prothèses auditives, etc.
			☐ Publique ☐ Privée			
			☐ Publique ☐ Privée			
			☐ Publique ☐ Privée			

[1]*Joindre un certificat médical et/ou le protocole d'accueil individualisé – protocole d'accompagnement personnalisé*

RESPONSABLES LEGAUX

Autorité parentale : ☐ Conjointe ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre * Mode de garde : ☐ Conjointe ☐ Père ☐ Mère ☐ Alternée

RESPONSABLE 1 : NOM _____ Prénom _____ ☐ Père ☐ Mère

☎ portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Adresse (de facturation) : _____ Mail : _____

RESPONSABLE 2 : NOM _____ Prénom _____ ☐ Père ☐ Mère

☎ portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Adresse (si différente) : _____ Mail : _____

Quotient familial : _____ Joindre le justificatif (à défaut le plafond sera appliqué)

INSCRIPTIONS AUX SERVICES PERISCOLAIRES

1- Je déclare inscrire mon (mes) enfant(s) au restaurant scolaire : *(à cocher)*

Restaurant scolaire	tous les jours	aux jours ci-dessous	occasionnellement
A compter du _ _ / _ _ / _ _ _ _	☐	☐ L ☐ M ☐ J ☐ V	☐

2- Je déclare inscrire mon (mes) enfant(s) à la garderie périscolaire / ACM : *(à cocher)*

Garderie / Accueil Collectif de Mineurs	tous les jours	aux jours ci-dessous	occasionnellement
A compter du _ _ / _ _ / _ _ _ _	☐	☐ L ☐ M ☐ J ☐ V	☐

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes autorisées à récupérer l'enfant à la garderie / Accueil Collectif de Mineurs ou à prévenir en cas d'urgence

NOM – Prénom	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

A COCHER :

☐ J'autorise l'utilisation de l'image de mon (mes) enfant(s) dans le cadre de supports de communication de la Mairie (bulletin semestriel, newsletter, site internet, page Facebook, etc.)

☐ J'autorise les soins d'urgence.

Médecin traitant : _____ Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

☐ Je certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour l'année scolaire 2024-2025

Nom de l'assurance : _____ N° de police d'assurance _____

☐ Je certifie que mon (mes) enfants(s) sont à jour des vaccins obligatoires.

☐ Je déclare enfin avoir pris connaissance et accepté les règlements intérieurs du restaurant municipal et de la garderie périscolaire – accueil collectif de mineurs, approuvés et actualisés en Conseil municipal.

Fait à : _____ Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé »