

## SERVICE RESTAURATION ET/OU ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Direction de l'enfance et l'éducation – chemin des peupliers – 66510 Saint Hippolyte

☎ : 04 68 52 15 49 - Courriel : acm @ mairie-saint-hippolyte.fr

### RENSEIGNEMENTS PARENTS

DEPÔT DU DOSSIER :  Représentant 1  Représentant 2

Nom et prénom (père) : .....

Adresse : .....

Tél. / mail (obligatoire) : .....

Nom et prénom (mère) : .....

Adresse : .....

Tél./ mail (obligatoire) : .....

### RENSEIGNEMENTS DES ENFANTS SCOLARISÉS EN MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE

	Premier enfant	Deuxième enfant	Troisième enfant	Quatrième enfant
Nom				
Prénom				
Ecole				
Classe				

### ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

(Ce temps sera facturé selon les ressources des familles)

	A cocher selon les besoins		A cocher selon les besoins
1) Formule / Matin : 7h30 à 8h20		5) Formule / Matin Midi Soir	
2) Formule / Midi : 12h00 à 14h00		6) Formule / Matin Midi ou Soir Midi	
3) Formule / Soir : 17h00 à 18h30		7) Formule / Matin Soir	
4) Pas de périscolaire		8) Midi : 13h30 à 13h40 (non facturé)	

### PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPERER L'ÉLÈVE À LA SORTIE DE L'ÉCOLE

Nom / Prénom et Téléphone : .....

Nom / Prénom et Téléphone : .....

Nom / Prénom et Téléphone : .....

### RESTAURANT SCOLAIRE

lundi  mardi  mercredi (avec obligation au Centre de Loisirs)  jeudi  vendredi

Prix du repas	Formule 1 : tous les jours	56.20 € / 11 mois	<input type="checkbox"/>
	Formules 2 : 1,2,3 jours	4.92 €	<input type="checkbox"/>
	Formules 3 : occasionnel	4.92 €	<input type="checkbox"/>

Je souhaite recevoir la facture sur support papier (à défaut support dématérialisé)

En cas d'allergies alimentaires : aliments interdits selon avis médical joint \* : Merci de joindre une photo d'identité si allergies pour le service de restauration scolaire avec le nom et prénom de l'enfant sur le verso.

Autres : (pas de viandes- pas de porc) :

\*Si votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou que votre médecin préconise des aménagements à la cantine scolaire pour un problème de santé, des médicaments à administrer en cas d'urgence, un projet d'accueil individualisé devra être réalisé avec le médecin scolaire. Vous devez lui fournir un bilan allergique ou un bilan médical en début d'année scolaire. (PAI)

## ASSURANCE ET DOSSIER SANTÉ

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Assurance : ..... Police d'assurance : .....  
N° de sécurité sociale : .....  
Adresse du centre : .....  
Mutuelle : ..... N° adhérent : .....  
Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ : .....  
Allergies : .....  
Autres problèmes de santé (asthme, etc....) : .....  
Numéro allocataire : ..... Quotient familial : .....

## AUTORISATIONS

**Je soussigné(e)** ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et autorise les responsables de la structure à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). Je m'engage à payer les frais médicaux éventuels, non remboursés par la sécurité sociale. La Ville de Saint Hippolyte décline toutes responsabilités en cas d'information erronées ou incomplètes figurant dans ce dossier.

**J'autorise le groupe scolaire** (*écoles, restauration, accueil de loisirs périscolaire*) à utiliser l'image de mon enfant en vue de publication ou diffusion.

## MODE DE PAIEMENT

Chèque  Espèce  Paiement en ligne  Prélèvement  Paiement de compte à compte

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

**IMPORTANT : La demande d'inscription sera retenue UNIQUEMENT SI le dossier est COMPLET.**

- Justificatif de domicile,
- Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant,
- Photocopie de l'extrait de jugement de divorce,
- RIB pour les familles en prélèvement,
- Contrat de travail,
- Copie du carnet de santé,
- Attestation d'assurance extrascolaire.

Reconnaissons avoir reçu et pris connaissance des règlements relatifs au fonctionnement de ces deux services.

Le ..... Signatures du ou des représentant (s) légal (aux)