



DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES RESTAURATION SCOLAIRE ET GARDERIE PÉRISCOLAIRE 2023-2024

Date de la rentrée scolaire : lundi 4 septembre 2023
ECOLE PUBLIQUE DE LA COMMUNE D'ANCINNES

Renseignements généraux

Identité des enfants à inscrire :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe à la rentrée 2023/2024
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		

Représentants légaux :

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom:..... Prénom :..... Titulaire de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez :..... Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Adresse :..... Tél. domicile :..... Tél. portable :..... Tél. professionnel :..... Email :.....	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom :..... Prénom :..... Titulaire de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez :..... Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Adresse :..... Tél. domicile :..... Tél. portable :..... Tél. professionnel :..... Email :.....

UNE SEULE FACTURE PAR FAMILLE.

Dans le cas d'un divorce ou d'une séparation, fournir une photocopie de la décision du tribunal concernant votre enfant.

Responsable à facturer : Oui / Non

Responsable à facturer : Oui / Non

Autres contacts en cas d'urgence :

	NOM-Prénom	Lien avec le ou les enfants	Téléphones (fixe et portable)
1			
2			
3			

Facturation :

Organisme versant les prestations familiales : CAF MSA
N° Allocataire (CAF / MSA) :

POSSIBILITÉS DE PAIEMENT – auprès du Trésor Public

- Carte Bancaire par Internet via le site www.tipi.budget.gouv
- Chèque bancaire ou postal (à l'ordre du Trésor Public) à expédier avec le coupon de paiement dans l'enveloppe jointe à l'avis de somme à payer du Trésor Public.
- Prélèvement automatique – **mandat de prélèvement ci-dessous à compléter + joindre RIB**

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

o J'opte pour le prélèvement automatique mensuel en règlement de mes factures.

Je soussigné(e) M
Numéro de téléphone : Adresse mail :

- Demande à bénéficier du paiement par prélèvement automatique pour le paiement des factures de restauration scolaire et/ou d'activités périscolaires.
- Le prélèvement automatique concernera les factures de restauration scolaire et/ou des activités périscolaires de(s) enfant(s) mentionnés ci-après :

..... /
..... /

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Mairie de ANCINNES
Adresse :	Place du Général de Gaulle
.....	72610 ANCINNES
.....	Identifiant Créancier SEPA : FR 52CAN538394
Désignation du compte à débiter	
Identification internationale (IBAN)	
IBAN _	
Identification internationale de la banque (BIC)	
BIC _ _ _ _ _ _ _ _ (_ _ _)	
Signé à	Signature
Le	
Joindre un relevé d'identité bancaire mentionnant n° BIC et IBAN	

Inscription à la restauration scolaire – 2023-2024

Identité des enfants à inscrire :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe à la rentrée 2023/2024	Régime alimentaire
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> PAI
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> PAI
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> PAI

RESTAURATION SCOLAIRE – 11H45 À 13H20

JOURS DE PRÉSENCE	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Occasionnellement (planning à fournir au moins 15 jours avant chaque période) <input type="checkbox"/>
Inscription à compter du	

Inscription à la garderie scolaire- 2023-2024

Identité des enfants à inscrire :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe à la rentrée 2023/2024
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) responsable légal de/des
(l')enfant(s) /.....
...../.....

AUTORISE / N'AUTORISE PAS * (*barrez la mention inutile) que ce(s) dernier(s) parte(nt) seul(s) de la garderie.

Date :/...../..... Signature :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'/LES ENFANT(S) A LA GARDERIE

Nom : Prénom : Tél : Lien avec l'enfant :
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Le père, la mère, le tuteur légal, soussigné :

→ inscrivent leur enfant, après avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à le respecter.

→ fournissent l'annexe des renseignements sanitaires dûment complété.

Fait à :, le

Signature

Représentant légal 1

Représentant légal 2

Le présent document vaut inscription et acceptation du règlement intérieur.

PIECES A FOURNIR

- Livret de famille complet ;
- Photocopie du carnet de vaccinations ;
- Justificatif de domicile de moins de trois mois ;
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile ou extra-scolaire valable pour l'année scolaire pour chaque enfant. Une autre sera demandée par l'école ;
- En cas de divorce ou de séparation des parents, l'extrait de jugement précisant la ou les personnes titulaires de l'autorité parentale ainsi que la résidence de l'enfant.
- RIB bancaire (si règlement par prélèvement)

➡ Ce dossier d'inscription complété avec les pièces justificatives doit être retourné à la mairie dans les meilleurs délais directement à la mairie aux heures d'ouverture, par dépôt dans la boîte aux lettres ou par mail à fabien.ribaut@ancinnes.fr.

Contact : Mairie Tel. 02 33 82 22 52 / Mail. : fabien.ribaut@ancinnes.fr



Annexe : renseignements sanitaires

Année scolaire 2023-2024 - (remplir 1 fiche par enfant)

ECOLE PUBLIQUE DE LA COMMUNE D'ANCINNES

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

Vaccinations obligatoires : A jour : OUI NON

Médecin traitant : NOM : N° Tél :

Renseignements médicaux et recommandations utiles à l'accueil de votre enfant :

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, pollen etc.) ? OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Traitement médical : Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, hémophilie, asthme etc.) ? OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS) : Votre enfant bénéficie-t-il sur le temps scolaire d'un accompagnement spécifique ? OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Projet d'accueil individualisé (PAI)* en cours : OUI NON

Si oui, joindre une copie du PAI.

*Un **Projet d'accueil individualisé (PAI)** concerne les enfants atteints de troubles de la santé (par exemple, troubles respiratoires ou allergie alimentaire). Il s'agit d'un document écrit qui précise les traitements médicaux et/ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires nécessaires sur les temps scolaire et périscolaire. **Aussi, si votre enfant nécessite un accompagnement médical spécifique, veuillez prendre contact avec le médecin scolaire** (à la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale, 19 boulevard Paixhans CS 5042 - 72071 LE MANS Cedex 9 - ☎ 02.43.61.58.00) **afin de mettre en place un PAI.**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, des prothèses auditives etc. ?

.....
.....
.....

Je soussigné(e) (NOM - Prénom) responsable légal de l'enfant (NOM - Prénom) déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable de la commune d'Ancinnes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la restauration scolaire.

Date :

Signature

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », modifiée et Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD)

En remplissant ce formulaire remis à la Commune de ANCINNES, vous autorisez la collecte de Données à Caractère Personnel (DCP) vous concernant (vous et votre enfant - si c'est le cas) et leur utilisation dans le cadre de la gestion de la restauration et de la garderie scolaire mises en place par la Commune. Le traitement de ces DCP, effectué sur la base de votre consentement, est nécessaire pour assurer ces services dans les meilleures conditions (inscription, organisation des activités, contact en cas de besoin, envoi d'informations, facturation. Ces DCP seront conservées par la Commune le temps nécessaire pour atteindre la(les) finalité(s) de ce traitement. Et dans le cadre du traitement de ces données, sont prises toutes les mesures de sécurité appropriées pour les protéger. Sauf disposition législative, réglementaire ou décision de justice contraire, l'accès à ces DCP sera restreint aux personnes habilitées à les traiter et le cas échéant aux prestataires techniques dans le respect de la réglementation. En aucun cas, elles ne seront transmises à d'autres tiers. Conformément aux dispositions du RGPD, vous disposez des droits suivants dans les conditions précisées par ce règlement :

-Droit d'accès aux données, de portabilité-de rectification ou d'effacement de ces données,

-Droit à la limitation du traitement de ces données ou d'opposition à ce traitement.

Pour exercer ces droits ou pour formuler toute autre demande concernant le traitement de ces DCP, vous pouvez contacter par écrit (courrier ou mail), accompagné d'un justificatif d'identité, le responsable du traitement, le Maire de la Commune d'Ancinnes, à l'adresse suivante Mairie d'Ancinnes – place du général de Gaulle – 72610 ANCINNES et/ou le Délégué à la Protection des Données (Atesart, mail: dpo@sarthe.fr). Vous pouvez également, si vous le jugez nécessaire, prendre contact avec l'autorité de contrôle compétente à l'adresse suivante : contact@cnil.fr

Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans le présent texte.

Date :

Signature :