



INSCRIPTION À LA RESTAURATION SCOLAIRE DE VIVY

2021 - 2022

IMPORTANT

Dossier à retourner au plus tard le 25 juin 2021



Mairie de Vivy
mairie@vivy.fr - 02.41.52.50.17



Inscription au restaurant scolaire année scolaire 2021-2022

Fiche à retourner au plus tard le 25 juin 2021

Les représentants légaux

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Email :	Email :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :

Le / les enfants

Enfant n°1	Enfant n°2	Enfant n°3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Classe :	Classe :	Classe :
Adresse de facturation :	Adresse de facturation :	Adresse de facturation :
<input type="checkbox"/> chez le père	<input type="checkbox"/> chez le père	<input type="checkbox"/> chez le père
<input type="checkbox"/> chez la mère	<input type="checkbox"/> chez la mère	<input type="checkbox"/> chez la mère

Personnes à prévenir en cas d'absence des représentants légaux

Personne n°1	Personne n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Fixe :	Fixe :
Portable :	Portable :

Informations OBLIGATOIRES à communiquer pour la facturation - Prestations familiales

OBLIGATOIRE :

Vous êtes allocataire : CAF MSA

✓ **Numéro d'allocataire :**

✓ **Quotient familial :**

Fournir obligatoirement la dernière attestation de paiement CAF ou MSA en vigueur à la date de la rentrée scolaire.

En cas de non communication du quotient familial et de son attestation, la facturation sera faite au plus fort tarif. Si une régularisation est nécessaire, elle ne sera pas rétroactive, elle ne sera faite qu'à réception de l'attestation.

Choix de la facturation

Nous vous encourageons à passer au prélèvement automatique, merci de remplir l'annexe n°1.

Si vous l'avez déjà fait en 2020-2021, cette démarche n'est pas nécessaire.

Pour les inscriptions occasionnelles, se renseigner auprès de la mairie : s.gillard@vivy.fr ou 02.41.52.50.17

Pièces à joindre à la fiche d'inscription complétée :

- Attestation CAF / MSA
- Fiche sanitaire complétée (ANNEXE n°2)

En cas d'allergie, merci d'en préciser la nature :

.....

.....

.....

Tarifications

	quotient familial inférieur ou égal à 600€	quotient familial de 601€ à 900 €	quotient familial supérieur ou égal à 901 €
Restauration scolaire	3,70 €	3,75 €	3,80 €

Nous, les soussignés, et le(s) enfant(s) déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine municipale et l'acceptons dans son intégralité. Nous nous engageons à le faire respecter par mon (nos) enfant(s).

Fait à le

Signatures des représentants légaux

Signature(s) de(s) enfant(s)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Pollomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :