



FICHE REINSCRIPTION SERVICE PERISCOLAIRE  
Cantine-Garderie  
Année scolaire 2023-2024

Service des affaires scolaires

Ecole fréquentée pour l'année 2023-2024 :

Classe fréquentée en septembre 2023 :

**ENFANT**

Nom :			
Prénoms :			
Sexe :	M / F		
Date de naissance :			Lieu de naissance :
Adresse :			

**RESPONSABLE LEGAL ( à remplir si changements)**

RESPONSABLE LEGAL 1		RESPONSABLE LEGAL 2	
Nom :			Nom :
Prénoms :			Prénoms :
Date de naissance :			Date de naissance :
Lien de parenté : Père / Mère / Autre (précisez)		Lien de parenté : Père / Mère / Autre (précisez)	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone		Téléphone	
Fixe :		Fixe :	
Portable :		Portable :	
Travail :		Travail :	
Email :		Email :	

**PERSONNES A Contacter ( à remplir si changements)**

CONTACT 1			CONTACT 2		
Nom :			Nom :		
Prénoms :			Prénoms :		
Lien avec l'enfant :			Lien avec l'enfant :		
Téléphone			Téléphone		
Fixe :			Fixe :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :	OUI	NON	Appel en cas d'urgence :	OUI	NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI	NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI	NON
CONTACT 3			CONTACT 4		
Nom :			Nom :		
Prénoms :			Prénoms :		
Lien avec l'enfant :			Lien avec l'enfant :		
Téléphone			Téléphone		
Fixe :			Fixe :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :	OUI	NON	Appel en cas d'urgence :	OUI	NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI	NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI	NON

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

Nom de la compagnie d'assurances :
Numéro de contrat :

INFORMATIONS CAF (renseignement obligatoire)						
Nom de l'allocataire :						
Numéro allocataire :						
Quotient familial :						
<b>Fournir une attestation de votre quotient familial ( nécessaire pour l'obtention d'une réduction sur le prix du repas cantine)</b>						
INFORMATIONS MEDICALES						
COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT						
Nom du médecin traitant :						
Téléphone :						
ALLERGIES		PROBLEMES DE SANTÉ				
Un projet d'accueil individualisé est-il mis en place pour l'enfant ?				OUI	NON	
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES						
AUTORISATIONS						
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche)				OUI	NON	
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.				OUI	NON	
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.				OUI	NON	
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.				OUI	NON	
APPAREILLAGE						
<b>Lunettes</b> : Votre enfant porte-t-il des lunettes ?				OUI	NON	
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il un appareil dentaire ?				OUI	NON	
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il un appareil auditif ?				OUI	NON	
HANDICAP						
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées ?				OUI	NON	
INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES PÉRISCOLAIRES						
SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE						
Souhaitez-vous inscrire votre enfant au service de restauration scolaire ?				OUI	NON	
4 jours par semaine (toutes les semaines)		4 jours par semaine (Une semaine sur deux)		Autres (préciser les jours)		
OUI	NON	Paire	Impaire			
En cas de garde alternée merci d'indiquer le mode de facturation :						
<input type="checkbox"/> Facturation à un seul parent : mère / père						
<input type="checkbox"/> Facturation répartie entre les deux parents :						
Mère :	<input type="checkbox"/>	Semaine paire	<input type="checkbox"/>	Semaine impaire	<input type="checkbox"/>	Jours définis à préciser
Père :	<input type="checkbox"/>	Semaine paire	<input type="checkbox"/>	Semaine impaire	<input type="checkbox"/>	Jours définis à préciser
Le prix du repas est fixé à 3,60 € ( délibération du 12-07-22) et sera facturé mensuellement						
<b>Fournir obligatoirement un justificatif de quotient familial ainsi que votre dernier avis d'imposition pour étudier vos éventuels droits à une remise sur le prix du repas (0.20€ par repas)</b>						

## SERVICE GARDERIE

Souhaitez-vous inscrire votre enfant au service de garderie ?

OUI NON

Horaires de la garderie à partir de 7h30 le matin et jusqu'à 18h30 le soir

Fréquentation régulière

OUI NON

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Autres préciser
Matin					
Soir					

Fréquentation occasionnelle

OUI NON

En cas de garde alternée merci d'indiquer le mode de facturation

Facturation à un seul parent : mère / père

Facturation répartie entre les deux parents :

Mère :  Semaine paire  Semaine impaire  Jours définis à préciser  
Père :  Semaine paire  Semaine impaire  Jours définis à préciser

## FACTURATION ET MODE DE REGLEMENT

Mode de règlement

Chèque :

En ligne sur le site : <https://www.payfip.gouv.fr>

Prélèvement :

**Fournir un RIB dans le cadre de la mise en place du prélèvement ou de changement de coordonnées bancaires.**

**Un mandat SEPA vous sera transmis. Ce dernier devra nous être retourné signé.**

 **Penser à créer votre compte sur le portail famille**

<https://portail.berger-levrault.fr/MairieCondeEnNormandie14110/accueil>

ou sur le site internet de la commune [www.condenormandie.fr](http://www.condenormandie.fr) en cliquant sur le logo Portail famille



- Vous pourrez ainsi gérer vous-même, vos inscriptions à la cantine et garderie
- Signaler les absences de votre enfant
- Visualiser le détail des factures ayant fait l'objet d'un avis de sommes à payer transmis par la trésorerie et effectuer vos règlements en ligne (via payfib en indiquant les références indiquées sur l'avis reçu par courrier)

## ATTESTATION

Nous soussignés

**Responsables légaux de l'enfant**

Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche.

Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile.

Autorisons le responsable des affaires scolaires, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande

Reconnaissons avoir opté pour la transmission et la prise de connaissance du règlement des services scolaires par :

1°) Version papier (sollicite l'envoi de la version papier)

2°) Version numérique transmise sur mon adresse mail indiquée ci-dessus

3°) Version consultable sur le site de la Mairie de Condé-en-Normandie ([www.condenormandie.fr](http://www.condenormandie.fr))

**Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire**

*Les informations recueillies par la mairie de Condé-en-Normandie ont pour finalité la gestion de l'inscription à l'école et au périscolaire, répondant à une mission d'intérêt public. Elles sont uniquement destinées aux agents de Condé-en-Normandie en charge de leur traitement et ne seront pas cédées ou transmises à des tiers. Les données sont conservées pendant la durée légale d'utilité administrative correspondante au traitement. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et à la réglementation européenne en vigueur, vous disposez du droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données. Pour exercer ces droits ou pour toute question, veuillez contacter le délégué à la protection des données : [rand@cda14.fr](mailto:rand@cda14.fr)*

Le :

Signature responsable 1

Signature Responsable 2

**MERCI DE RENDRE LE DOSSIER DANS LES PLUS BREFS DELAIS  
TOUT DOSSIER INCOMPLET ET/OU NON SIGNÉ DU DEMANDEUR SERA RETOURNÉ AUX FAMILLES**