



RESTAURATION SCOLAIRE & PÉRISCOLAIRE



INSCRIPTION 2024/25

Nom enfant :
Prénom :
 F M École :
Date de naissance : / / Classe à la rentrée de Septembre 2024
 Maternelle Élémentaire
Lieu :

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Civilité <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Civilité <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Qualité (mère, père, beau-père, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :	Qualité (mère, père, beau-père, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :
Né(e) le : / / à :	Né(e) le : / / à :
Adresse :	Adresse :
CP, Ville :	CP, Ville :
Tél. :	Tél. :
Adresse mail :	Adresse mail :
Si garde alternée : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire	Si garde alternée : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire

MODE DE FACTURATION	
PERSONNE(S) FACTURÉE(S)	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE 1 <input type="checkbox"/> RESPONSABLE 2 Selon garde alternée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non autre, préciser :
PRELEVEMENT AUTOMATIQUE	RESTAURATION SCOLAIRE <input type="checkbox"/> OUI ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> NON PERISCOLAIRE / EXTRASCOLAIRE <input type="checkbox"/> OUI ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> NON
Personne allocataire :	Numero d'allocataire CAF :
Numero régime MSA :	Quotient familial :

RESTAURATION SCOLAIRE – 11H30 À 13H20	
<input type="radio"/> PLANNING REGULIER JOURS DE PRÉSENCE :	<input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> Date souhaitée du 1 ^{er} jour de cantine :
<input type="radio"/> PLANNING IRREGULIER	Réservez sur le portail famille du Bassin de Pompey avant le jeudi midi de la semaine précédente : www.bassinpompey.portail-familles.net ou par email : restauration.scolaire@frouard.fr
TYPE DE MENU (1 seul choix possible) :	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Allergique ou autre pathologie (cf. fiche sanitaire)

PÉRISCOLAIRE – du lundi 2 septembre 2024 au vendredi 4 juillet 2025	
<input type="radio"/> PLANNING REGULIER	MATIN (accueil entre 7h15 et 8h30) <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI
	SOIR (16h30 - 17h45) <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI
	SOIR (17h45 - 18h30) <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI
MERCREDIS LOISIRS – du mercredi 4 septembre 2024 au mercredi 2 juillet 2025	
<input type="radio"/> PLANNING IRREGULIER	<input type="checkbox"/> MATIN (accueil entre 7h30 et 9h) <input type="checkbox"/> REPAS MIDI <input type="checkbox"/> APRES-MIDI (départ entre 17h et 18h30)
	Réservez sur le portail famille Francas avant le jeudi midi de la semaine précédente : www.francas54.org/espace-famille ou par email : secretariat.francas@francas54.org

AUTORISATIONS

- J'accorde à la Ville et aux Francas le droit d'utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de reportages photographiques et vidéos⁽¹⁾
- J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités périscolaires ou extrascolaires
- J'autorise les personnes ci-dessous à reprendre mon (mes) enfant(s) :

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél :
Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél :
Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES	<input type="checkbox"/> Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite Date du dernier rappel :
VACCINS RECOMMANDÉS	<input type="checkbox"/> Hépatite B - Date : <input type="checkbox"/> ROR - Date : <input type="checkbox"/> Coqueluche - Date : <input type="checkbox"/> Méningite - Date :
AUTRES	Préciser :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche
	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	

L'enfant porte-t-il :	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Lentilles	<input type="checkbox"/> Prothèses auditives	<input type="checkbox"/> Prothèses dentaires
	<input type="checkbox"/> Autre, préciser			

SANTÉ DE L'ENFANT

Allergies alimentaires	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	si oui, préciser
Repas fourni par les parents	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
P.A.I existant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	si oui, fournir une copie du P.A.I. à jour. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être données à l'école
Le menu et la composition des plats avec les différents allergènes sont en ligne sur le portail famille du Bassin de Pompey.		
Asthme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autres difficultés de santé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	si oui, préciser
Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	si oui, préciser le médicament

MÉDECIN TRAITANT	Nom :	Tél. :
------------------	-------------	--------------

ASSURANCE

RESPONSABILITÉ CIVILE	Compagnie :	N° :
-----------------------	-------------------	------------

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois : facture (gaz, électricité, eau, charges), quittance de loyer, bail.
- Attestation Quotien Familial CAF
- Attestation d'assurance responsabilité civile (à remettre à la rentrée de septembre)
- En cas de séparation, copie du jugement fixant la résidence de l'enfant et les modalités de garde
- Copie de la partie « Vaccination » du carnet de santé ou certificat médical attestant les vaccinations

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Fait à le

SIGNATURES OBLIGATOIRES

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2

Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

⁽¹⁾ Toutes les modalités sur le site internet de la ville : www.frouard.fr

⁽²⁾ Si oui, autorisation de prélèvement restauration scolaire et autorisation de prélèvement périscolaire à télécharger sur frouard.fr