



SERVICE ÉDUCATION : 03 28 29 66 41  
education@ville-saintpolsurmer.fr

# FICHE D'INSCRIPTION

CANTINE – ACCUEILS PÉRISCOLAIRES ET DU  
MERCREDI MATIN – ÉTUDES SURVEILLÉES

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

**NOUVEAUTÉ : INSCRIPTIONS EN LIGNE A PARTIR  
DE VOTRE ESPACE CITOYEN**

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_ Dpt/Pays: \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

## INSCRIPTIONS

### Cantine :

- Je souhaite inscrire mon enfant à la cantine:  oui  non
- repas standard
  - repas sans porc
  - repas sans viande

### Études surveillées :

- Je souhaite inscrire mon enfant aux études surveillées :  oui  non

### Accueils :

- Je souhaite inscrire mon enfant aux activités périscolaires :  oui  non
- Je souhaite inscrire mon enfant à l'accueil du mercredi matin :  oui  non

### Copies des Pièces à fournir :

- Attestation d'assurance scolaire
- Carnet de santé (pour les accueils)
- Attestation CAF ou MSA du mois en cours ou justificatifs de toutes les ressources si non allocataire
- Projet d'Accueil Individualisé-si problèmes de santé- (pour la cantine et les accueils)



Source internet

## DROIT A L'IMAGE ET AUTORISATION DE SORTIE

- J'autorise la commune de Saint Pol Sur Mer à prendre en photo/vidéo mon enfant dans le cadre des activités scolaires, périscolaires, l'accueil du mercredi matin, et pendant la pause méridienne :  oui  non
- J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil périscolaire payant et accueil du mercredi matin :  oui  non

## RESPONSABLES DE L'ENFANT

concubinage  mariés  pacsés  séparés  divorcés  famille monoparentale  autre

RESPONSABLE LÉGAL 1 (père ou mère de l'enfant)

RESPONSABLE LÉGAL 2 (père ou mère de l'enfant)

Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Téléphone portable :		Téléphone portable :	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Email :		Email :	
Adresse :		Adresse :	

## AUTRES CONTACTS AUTORISÉS

(à venir chercher l'enfant et être prévenu(s) en cas d'urgence)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom et Prénom :			
Téléphone :			
Lien avec l'enfant :			

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant: \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

- Allergie alimentaire\* :  oui  non préciser : \_\_\_\_\_
- Autre allergie :  oui  non préciser : \_\_\_\_\_
- Contres indications médicales :  oui  non préciser : \_\_\_\_\_
- Projet d'Accueil Individualisé :  oui  non

**J'autorise les personnels à prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant**

\* Les allergies alimentaires seront prises en compte uniquement sur présentation du PAI ou d'un certificat de l'allergologue

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
responsable légal de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et du règlement intérieur.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :