



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 :