



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

Le service scolaire accueille le public :
Lundi, mardi et jeudi de 9h à 12h – 13 h 30 à 17 h et le vendredi jusqu'à 16h
☎ 03.87.29.15.35 – e.mail : scolaire@farebersviller.com

DOSSIER INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 20...../20.....

CANTINE SCOLAIRE MUNICIPALE & ACCUEILS PERISCOLAIRES

NOM DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

RESPONSABLE LEGAL 1

Père Mère Autre (Précisez)

NOM Prénom

Adresse complète :
.....

N° téléphone :

Adresse email :

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère Autre (Précisez)

NOM Prénom

Adresse complète :
.....

N° téléphone :

Adresse email :

C.A.F. ou M.S.A. * : N° allocataire Département.....

(Fournir notification quotient familial CAF la plus récente)

ACTIVITES PERISCOLAIRES – DE 07H30 à 08H30 – Tarif forfaitaire (voir grille tarifaire en mairie)

Jour de présence :

REGULIER * : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

** Cocher les jours de fréquentation de l'enfant aux activités périscolaires*

OCCASIONNEL

RESTAURATION SCOLAIRE – DE 12h15 à 13h15 – Tarif en fonction du quotient familial

Jour de présence :

REGULIER * : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

** Cocher les jours de fréquentation de l'enfant à la cantine scolaire*

OCCASIONNEL

Menu (1 seul choix possible)

- Standard
- Sans Porc
- Végétarien
- Repas allergique ou autre pathologie (PAI)*

*Si la santé de votre enfant (allergie ou autre maladie) impose la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec la convention d'un panier repas ou de repas spécifique, veuillez prendre contact avec le service scolaire.

ACTIVITES PERISCOLAIRES – DE 16H00 à 18H00 - Tarif forfaitaire (voir grille tarifaire en mairie)

Jour de présence :

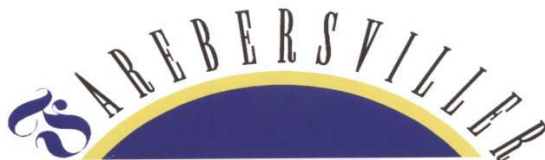
REGULIER * : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

** Cocher les jours de fréquentation de l'enfant aux activités périscolaires*

OCCASIONNEL

Justificatifs à fournir pour valider l'inscription

- **Attestation de paiement CAF récente**, (où il est fait mention du Quotient Familial)
- **Attestation d'assurance scolaire** (peut être fournie à la rentrée scolaire)



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

**AUTORISATION
DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT**

ANNEE SCOLAIRE 20..... / 20.....

Nom de l'Enfant	Prénom	Date de naissance	Ecole	Classe

Je soussigné (e) Madame, Monsieur _____

**AUTORISE en cas d'indisponibilité à chercher mon enfant
la ou les personnes désigné (es) ci-dessous :**

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____
☎ fixe _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____
☎ fixe _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____
☎ fixe _____

à venir chercher mon enfant sur les structures suivantes :

- Accueil périscolaire
- Restaurant scolaire
en cas de non-classe l'après-midi

AUTORISE mon enfant a quitté seul la structure

N'AUTORISE PERSONNE à récupérer mon enfant



FICHE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOMPRENOM.....

CLASSE.....DATE DE NAISSANCE.....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Allergies : alimentaire oui non

précisez :

.....

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) : oui non

Si oui, joindre une copie du P.A.I.

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, appareils auditifs, etc...)

précisez :

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL (à préciser)

.....

.....

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital accueillant les urgences. La famille est avertie par nos soins, dans les plus brefs délais ;

En cas d'absence des parents ou des responsables légaux, merci de bien vouloir communiquer les noms, prénoms et n° de téléphone des personnes à contacter :

Nom et prénom : n° de téléphone :

Nom et prénom : n° de téléphone :

Nom et prénom : n° de téléphone :

Nom et prénom : n° de téléphone :



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ou de l'enfant

Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A.....,

Le.....

Signature des parents ou du responsable légal

Observations particulières que vous estimez utiles de porter à la connaissance du service (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre,...).....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant

.....