

REPUBLIQUE FRANÇAISE

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE

COMMUNE DE FAREBERSVILLER



Place de Lorraine
57450 FAREBERSVILLER

DOSSIER INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

CANTINE SCOLAIRE MUNICIPALE & ACCUEILS PERISCOLAIRES

Inscription : 1^{er} ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F ☐ M ☐

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe :

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

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

Inscription : 2^{ème} ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F ☐ M ☐

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe :

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

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

Inscription : 3^{ème} ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F ☐ M ☐

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe :

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

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

RESPONSABLES LEGAUX**RESPONSABLE LEGAL 1**Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ (Précisez).....**NOM****Prénom****Adresse complète** :**N° téléphone** :**Adresse email** :

RESPONSABLE LEGAL 2Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ (Précisez).....**NOM****Prénom****Adresse complète** :**N° téléphone** :**Adresse email** :

C.A.F : Fournir la dernière attestation avec quotient familial

VIE PERISCOLAIRE**ACTIVITES PERISCOLAIRES DE 07h30 à 08h30 et ou de 16h00 à 18h00****Tarif forfaitaire (voir grille tarifaire en mairie)**

Inscriptions :

Oui

☐

Non

☐**RESTAURATION SCOLAIRE – DE 12h00 à 13h30– Tarif en fonction du quotient familial**

Inscriptions :

Oui

☐

Non

☐**Menu (1 seul choix possible)**☐

Repas standard

☐

Repas sans porc

☐

Repas sans viande (le poisson et les œufs sont servis)

☐

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 périscolaire.

Justificatifs à fournir pour valider l'inscription

- **Attestation de paiement CAF récente**, (où il est fait mention du Quotient Familial)
- **Attestation d'assurance scolaire**

AUTRE(S) CONTACT(S) AUTORISÉ(S)
(à venir chercher le ou les enfant(s) et être prévenu en cas d'urgence)

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 & PRENOM _____ ☎ portable _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____

REPUBLIQUE FRANÇAISE

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE



Pour chacune des autorisations, cochez la case correspondante

EN CAS D'URGENCE MEDICALE OU DE SOINS

Nous autorisons les responsables dans le cadre du Service Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de notre enfant

☐ OUI☐ NON**DROIT A L'IMAGE**

Nous autorisons la ville à utiliser l'image de notre enfant sur support photographique ou informatique.

☐ OUI☐ NON**AUTORISATION DE TRANSPORT**

Nous autorisons notre enfant à être transporté dans le véhicule mis à disposition par la commune pour faire le trajet Ecole vers les locaux de la Cantine et le retour.

☐ OUI☐ NON

Nous acceptons de recevoir des informations par mail ☐ OUI ☐ NON

Nous soussigné (s),

Nom et prénom (père, mère, tuteur)

Nom et prénom (père, mère, tuteur)

Certifions avoir pris connaissance du **règlement intérieur et nous engageons à en respecter les termes**, ainsi que
l'**exactitude des renseignements ci-dessus**

Date : / /

Signature(s) du ou des représentant(s) légaux