



MAIRIE D'EDERN
29510 EDERN
☎ 02.98.57.93.22 * 06.42.91.56.14
mairie@edern.bzh

Dossier d'inscription et/ou de réinscription

2024-2025

Restauration scolaire

A retourner en mairie

Ecoles Saint Joseph

Nom du FOYER :

Nom et prénom des enfants à inscrire

Classe

Enfant (1) :

.....

Enfant (2) :

.....

Enfant (3) :

.....

Mode d'emploi

Pour inscrire ou réinscrire vos enfants à la restauration scolaire et à la garderie, il vous suffit de remplir la fiche FAMILLE et la ou les fiche/s ENFANT.



Prélèvement automatique : le prélèvement automatique est reconduit de façon tacite pour les familles ayant utilisé ce mode de paiement au cours de l'année scolaire précédente.

Si vous souhaitez mettre en place le prélèvement automatique, renseignez-vous auprès de la mairie.

Tout changement de coordonnées bancaires doit être signalé en Mairie.

Dossier à retourner complet en Mairie dans les plus brefs délais

Nous certifions l'exactitude des renseignements portés sur ce document,

Nous nous engageons à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,

Nom : Prénom :

Edern, le

Signature des responsables légaux

FICHE FAMILLE

Responsable légal 1 :

Mme M.

Père Mère Tuteur/Représentant légal :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse : CP : Ville :

Email : Tél : Domicile : Portable :

Situation professionnelle

Profession : Employeur : Tél Bureau :

(*) numéro allocataire CAF :

QF (MSA) :

Responsable légal 2 :

Mme M.

Père Mère Tuteur/Représentant légal :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse : CP : Ville :

Email : Tél : Domicile : Portable :

Situation professionnelle

Profession : Employeur : Tél Bureau :

Situation familiale

Célibataire Mariés Vie maritale Pacsés Veuf (ve) Séparés Divorcés

Nombre d'enfants à charge :

(*) Le numéro d'allocataire est demandé car les tarifs sont en fonction du quotient familial. Si celui-ci n'est pas renseigné, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.

FICHE ENFANT 1

Sexe : F M

Ecole :

Classe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Compagnie Assurance : N° Contrat :

Nom du Médecin traitant et N° Tél :

Allergies ou intolérances alimentaires : oui non Préciser :

.....

.....

Inscriptions :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4j /semaine (mensualisation sur 10 mois sur la base du nombre de jours d'école)

Présence régulière Cocher les jours réguliers pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Présence irrégulière Inscription sur portail famille

Aide aux devoirs (Coup de pouce) : oui non

Prélèvement automatique : oui (si oui joindre un RIB) non

Autorisations:

- J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées : oui non

- J'autorise le personnel de l'accueil à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant : oui non

- J'autorise que mon enfant soit filmé ou pris en photo dans le cadre de l'accueil : oui non

- J'autorise que mon enfant à rentrer seul (e) à la suite de l'accueil : oui non

- J'autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant : oui non

.....

.....

.....

- J'autorise la commune à consulter le portail API de la CAF pour déterminer le QF à appliquer : oui non

Pour mieux accueillir votre enfant :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? oui non

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? oui non

Merci de transmettre aux dossiers la photocopie de la page des vaccinations obligatoires

Etern, le

Signature des responsables légaux

FICHE ENFANT 2

Sexe : F M

Ecole :

Classe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Compagnie Assurance : N° Contrat :

Nom du Médecin traitant et N° Tél :

Allergies ou intolérances alimentaires : oui non Préciser :

Inscriptions :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4j /semaine (mensualisation sur 10 mois sur la base du nombre de jours d'école)

Présence régulière Cocher les jours réguliers pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Présence irrégulière Inscription sur portail famille

Aide aux devoirs (Coup de pouce) : oui non

Prélèvement automatique : oui (si oui joindre un RIB) non

Autorisations:

- J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées : oui non

- J'autorise le personnel de l'accueil à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant : oui non

- J'autorise que mon enfant soit filmé ou pris en photo dans le cadre de l'accueil : oui non

- J'autorise que mon enfant à rentrer seul (e) à la suite de l'accueil : oui non

- J'autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant : oui non

- J'autorise la commune à consulter le portail API de la CAF pour déterminer le QF à appliquer : oui non

Pour mieux accueillir votre enfant :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? oui non

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? oui non

Merci de transmettre aux dossiers la photocopie de la page des vaccinations obligatoires

Etern, le

Signature des responsables légaux

FICHE ENFANT 3

Sexe : F M

Ecole :

Classe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Compagnie Assurance : N° Contrat :

Nom du Médecin traitant et N° Tél :

Allergies ou intolérances alimentaires : oui non Préciser :

.....

.....

Inscriptions :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4j /semaine (mensualisation sur 10 mois sur la base du nombre de jours d'école)

Présence régulière Cocher les jours réguliers pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Présence irrégulière Inscription sur portail famille

Aide aux devoirs (Coup de pouce) : oui non

Prélèvement automatique : oui (si oui joindre un RIB) non

Autorisations:

- J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées : oui non

- J'autorise le personnel de l'accueil à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant : oui non

- J'autorise que mon enfant soit filmé ou pris en photo dans le cadre de l'accueil : oui non

- J'autorise que mon enfant à rentrer seul (e) à la suite de l'accueil : oui non

- J'autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant : oui non

.....

.....

.....

- J'autorise la commune à consulter le portail API de la CAF pour déterminer le QF à appliquer : oui non

Pour mieux accueillir votre enfant :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? oui non

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? oui non

Merci de transmettre aux dossiers la photocopie de la page des vaccinations obligatoires

Etern, le

Signature des responsables légaux

FICHE ENFANT 4

Sexe : F M

Ecole :

Classe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Compagnie Assurance : N° Contrat :

Nom du Médecin traitant et N° Tél :

Allergies ou intolérances alimentaires : oui non Préciser :

.....

.....

Inscriptions :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4j /semaine (mensualisation sur 10 mois sur la base du nombre de jours d'école)

Présence régulière Cocher les jours réguliers pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Présence irrégulière Inscription sur portail famille

Aide aux devoirs (Coup de pouce) : oui non

Prélèvement automatique : oui (si oui joindre un RIB) non

Autorisations:

- J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées : oui non

- J'autorise le personnel de l'accueil à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant : oui non

- J'autorise que mon enfant soit filmé ou pris en photo dans le cadre de l'accueil : oui non

- J'autorise que mon enfant à rentrer seul (e) à la suite de l'accueil : oui non

- J'autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant : oui non

.....

.....

.....

- J'autorise la commune à consulter le portail API de la CAF pour déterminer le QF à appliquer : oui non

Pour mieux accueillir votre enfant :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? oui non

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? oui non

Merci de transmettre aux dossiers la photocopie de la page des vaccinations obligatoires

Etern, le

Signature des responsables légaux