

## Fiche de renseignements

### Inscriptions restaurant scolaire, périscolaire et Etude surveillée

**Année scolaire 2025-2026**

*Merci de bien vouloir remplir ce formulaire dans le détail*

**Parent 1 : Père  Mère  Autre :**

Nom :

Prénom :

N° Portable :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Emploi :

Tél pro :

Email :

Merci d'indiquer qui sera le parent destinataire de la facture :

**Parent 2 : Père  Mère  Autre :**

Nom :

Prénom :

N° Portable :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Emploi :

Tél pro :

Email :

#### Informations sur le FOYER

Situation familiale : *(cocher la case de votre situation familiale)*

Marié(e)

Vie maritale

PACS

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Célibataire

Parent isolé

#### Enfant 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau scolaire 2025-2026 :

Régime alimentaire :

*(sans porc, sans viande, sans poisson)*

Informations sanitaires :

*(allergies alimentaires, médicamenteuse, asthme, PAI, autres...)*

L'enfant a-t-il un traitement à l'année :

Oui  Non  si oui, lequel :

L'enfant a-t-il un PAI\* ?

Oui  Non

\*PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Consignes et démarches :

- Prendre contact avec la direction de l'école – service santé scolaire – infirmière scolaire.

#### Enfant 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau scolaire 2025-2026 :

Régime alimentaire :

*(sans porc, sans viande, sans poisson)*

Informations sanitaires :

*(allergies alimentaires, médicamenteuses, asthme, PAI, autres...)*

L'enfant a-t-il un traitement à l'année :

Oui  Non  si oui, lequel :

L'enfant a-t-il un PAI\* ?

Oui  Non

### Enfant 3

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau scolaire 2024-2025 :

Régime alimentaire :

*(sans porc, sans viande, sans poisson)*

Informations sanitaires :

*(allergies alimentaires, médicamenteuse, asthme, PAI, autres...)*

L'enfant a-t-il un traitement à l'année :

Oui  Non  si oui, lequel :

L'enfant a-t-il un PAI\* ?

Oui  Non

\*PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Consignes et démarches :

- Prendre contact avec la direction de l'école – service santé scolaire – infirmière scolaire

### Enfant 4

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau scolaire 2024-2025 :

Régime alimentaire :

*(sans porc, sans viande, sans poisson)*

Informations sanitaires :

*(allergies alimentaires, médicamenteuses, asthme, PAI, autres...)*

L'enfant a-t-il un traitement à l'année :

Oui  Non  si oui, lequel :

L'enfant a-t-il un PAI\* ?

Oui  Non

### Autorisations

Je soussigné(e) (père  /mère  /autre : )

Déclare avoir pris connaissance du règlement du service et m'engage à le respecter. Règlement disponible sur l'espace famille ou remis en main propre à la Mairie.

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par nos services en adéquation avec la réglementation.

Autorise le personnel du service à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et m'engage à payer les frais médicaux, de transport et/ou d'hospitalisation éventuels m'incombant.

Autorise le service à consulter CAF Pro et à archiver les données dans le dossier administratif de ma famille.

Autorise le personnel du service à appliquer le PAI (Protocole d'Accueil Individuel) si mon enfant en bénéficie et m'engage à réactualiser le document et les médicaments si nécessaire.

**Accorde à M. le Maire, directeur de la publication des communications de la Ville de Béligneux, la permission de publier des photographies et/ou des vidéos de mon enfant susnommé qui ont été réalisées dans le cadre de sa participation aux activités organisées par la Ville. J'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies et/ou vidéos, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, pour l'ensemble des supports de publications de la Ville de Béligneux (le magazine municipal, suppléments, site internet officiel, page Facebook...), dans le cadre de ses actions de**

**communication institutionnelle et pour une durée indéterminée. Oui  Non**

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiées, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, et que vous pouvez exercer en adressant un courriel à l'adresse [service.scolaire@ville-beligneux.fr](mailto:service.scolaire@ville-beligneux.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Assurances : Selon la réglementation en vigueur, la Commune a souscrit un contrat RC (Responsabilité Civile) sous le numéro 257273/V auprès de la SMACL.

Fait à BELIGNEUX, le :

Nom Prénom et signature :

## INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES :

**Restaurant scolaire :** Oui  Non  Occasionnel   
Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

A partir de quelle date :

Enfant concerné par l'inscription : 1.  
2.  
3.  
4.

**Activité Périscolaire :** Oui  Non   
Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

A partir de quelle date :

Enfant concerné par l'inscription : 1.  
2.  
3.  
4.

Créneau du matin 07h15 – 08h30 Oui  Non   
Créneau du soir 16h00 – 17h15 Oui  Non   
Créneau du soir 17h15 – 18h00 Oui  Non   
Créneau du soir 18h00 – 18h30 Oui  Non

**Étude surveillée :** Oui  Non   
Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

A partir de quelle date :

Enfant concerné par la demande : 1.  
2.  
3.  
4.



## **PIECES A FOURNIR :**

- **Attestation de quotient familial de moins de 3 mois.**  
Si vous percevez l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), merci de nous faire parvenir une attestation de paiement le mentionnant.
- **Fiche complémentaire ci-dessus dûment remplie.**
- **Carte d'identité des représentants légaux**
- **Copie du carnet de vaccination de l'enfant concerné.**
- **Attestation employeur (des 2 parents ou tuteur de l'enfant).**
- **PAI (si l'enfant est concerné).**
- **Pour les prélèvements automatiques, RIB + mandat de prélèvements (à compléter et à signer).**
- **Attestation assurance responsabilité civile de(s) l'enfant(s).**