



« FICHE PERISCOLAIRE » 2022-2023

RESTAURATION – GARDERIE PRE ET POST SCOLAIRE – TRANSPORTS
MAIRIE DE VILLENEUVE SUR BELLOT

à déposer en mairie

Sans cette fiche aucune inscription ou réservation de repas ne sera effectuée

Date de réception de la fiche complète :

ENFANT CONCERNE

NOM ECOLE

PRENOM CLASSE

NE LE A

SEXE : FEMININ MASCULIN

Domicilié chez le Responsable Légal 1 et / ou 2

Dans le cadre du respect du Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 modifiée. Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'école, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement, un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les données ne sont pas conservées au-delà du délai nécessaire à l'exécution des demandes et de leur suivi. Vous disposez de droits (consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits) sur les données vous concernant que vous pouvez exercer en contactant le régisseur au syndicat de secrétariat de Bellot. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

SITUATION DES ADULTES AU DOMICILE DE L'ENFANT :

Mariés Pacsés Vie maritale Séparés Veuf ou veuve Monoparentale

PÈRE OU BEAU-PÈRE - MERE OU BELLE-MERE - STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL

PÈRE OU BEAU-PÈRE - MERE OU BELLE-MERE - STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL

NOM DE NAISSANCE :	
NOM D'USAGE et PRENOM:	
ADRESSE	
TEL DOMICILE ET / OU PORTABLE :	
COURRIEL PERSONNEL :	
PROFESSION + NOM DE L'EMPLOYEUR	
+ADRESSE + TEL	
+COURRIEL PROF :	

A REMPLIR EGALEMENT EN CAS DE SEPARATION

SITUATION DES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Mariés Pacsés Vie maritale Séparés Veuf ou veuve

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM DE NAISSANCE :	
NOM D'USAGE et PRENOM:	
ADRESSE	
TEL DOMICILE ET / OU PORTABLE :	
COURRIEL PERSONNEL :	
PROFESSION + NOM DE L'EMPLOYEUR	
+ADRESSE + TEL	
+COURRIEL PROF :	

Nom de l'Allocataire CAF :

Numéro d'Allocataire CAF :

Département de la CAF :

AUTORISATION LIEE A L'IMAGE DE L'ENFANT : J'autorise Je n'autorise pas
 J'autorise sur Facebook Je n'autorise pas sur Facebook

La commune à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités scolaires et extra-scolaires. A les utiliser dans les publications de tous les supports utilisés par la ville (journal, site internet de la Ville, AppliMobile, ...). Les légendes des photos ne comporteront aucun renseignement susceptible d'identifier précisément l'enfant (ni nom de famille, ni adresse).

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE MON ENFANT :

ATTENTION : CNI obligatoire pour récupérer l'enfant

NOM ET PRENOM : ADRESSE : TEL DOMICILE/PORTABLE :	Lien avec l'enfant :
---	----------------------

A prévenir en cas d'urgence Autorisées à venir chercher l'enfant

NOM ET PRENOM : ADRESSE : TEL DOMICILE/PORTABLE :	Lien avec l'enfant :
---	----------------------

A prévenir en cas d'urgence Autorisées à venir chercher l'enfant

NOM ET PRENOM : ADRESSE : TEL DOMICILE/PORTABLE :	Lien avec l'enfant :
---	----------------------

A prévenir en cas d'urgence Autorisées à venir chercher l'enfant

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE :

RESPONSABILITE CIVILE : OUI NON

INDIVIDUELLE ACCIDENT : OUI NON

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

ATTENTION : fournir impérativement l'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire

INFORMATIONS SANITAIRES EN CAS D'ACCIDENT :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom et adresse du médecin traitant :

Nom et adresse de la mutuelle :

Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Port d'un appareil auditif

Autres

VACCINATIONS

DIPHTÉRIE – TÉTANOS - POLIOMYÉLITE Date : _____	BCG Date : _____	HÉPATITE B Date : _____	COQUELUCHE Date : _____	RUBÉOLE-OREILLONS- ROUGEOLE Date : _____
PNEUMOCOQUE Date : _____	MÉNINGOCOQUE C Date : _____	AUTRE : _____ Date : _____	AUTRE : _____ Date : _____	AUTRE : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

RUBEOLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	VARICELLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ANGINE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	RHUMATISME Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	OTITE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ASTHME Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	OREILLONS Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ★ Médicamenteuses Oui Non

★ Alimentaires Oui Non

★ Autres Oui Non

si oui précisez

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (merci de fournir le PAI)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Régime alimentaire : Repas sans porc

Oui Non

ATTENTION : fournir impérativement les pages de vaccination du carnet de santé.

ACTIVITES PERISCOLAIRES ORGANISEES PAR LA COMMUNE (PAYANTES)

Elles sont à régler au syndicat de secrétariat de la Vallée du Petit Morin ou en Mairie aux dates mentionnées sur les factures. Les règlements intérieurs ainsi que les tarifs sont à votre disposition en mairie.

RESTAURATION SCOLAIRE : soit,

- J'inscris mon enfant et je réserve ses repas pour toute l'année scolaire 202...-202...
TOUS LES JOURS : lundi, mardi, jeudi, vendredi

ou

- A PARTIR DU / / 202... JUSQU'AU / / 202...

- A ma charge de modifier mes réservations de repas auprès du service de restauration scolaire (par téléphone ou par mail) et non auprès de l'école.

Restauration	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ou

- J'inscris mon enfant et à ma charge de faire les réservations de repas auprès du service de restauration scolaire (par téléphone ou par mail)

Précisez si : PAI pour l'année en cours (Protocole d'Accueil Individualisé : ex : allergies alimentaires, ...).

Pensez à faire les renouvellements qui sont obligatoires

Cantine : Tél Mme LAPLAIGE 06.82.41.64.04 – Mail : adjointes.villeneuve-sur-bellot@orange.fr

DOCUMENTS A JOINDRE A LA « FICHE PERISCOLAIRE »

- L'avis d'imposition récemment reçu des adultes du DOMICILE de l'enfant (copie intégrale).
- L'attestation CAF de paiement ou de non-paiement pour la période de janvier à décembre de l'année précédente.

ATTENTION : concernant les familles en garde alternée, il faut remplir une demande par parent et par enfant, Accompagner votre demande d'une attestation nommant la ou les personne(s) en charge de s'acquitter des factures.

ACCUEIL PERI-SCOLAIRE MATIN ET / OU SOIR : soit,

- Je souhaite pré-inscrire mon enfant à la garderie périscolaire

- A PARTIR DU / / 202... JUSQU'AU / / 202...

Périscolaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il est obligatoire, avant de fréquenter l'accueil, que vous inscriviez votre enfant auprès de Pierre Alexis

TRANSPORT SCOLAIRE : soit,

- Je souhaite pré-inscrire mon enfant au transport scolaire

ou

- A PARTIR DU / / 202... JUSQU'AU / / 202...

Transport	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu	Matin	Soir
De Montée		
De Descente		

Vous devez vous procurer la carte de transport scolaire obligatoire.

Demande à faire sur le site : <https://seine-et-marne.fr/fr> rubrique transport - carte scolaire

Nom et Prénom de l'enfant :

Je soussigné(e)

Responsable légal 1 ou 2, de l'enfant :

NOM

PRENOM

Autorise le responsable de la restauration scolaire, des activités périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (transport d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Signature du ou des responsables légaux :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Le

Je soussigné(e)

Responsable légal 1 ou 2, de l'enfant :

NOM

PRENOM

Certifie sur l'honneur : Exacts les renseignements de la « Fiche Périscolaire » ; Autorise la commune à utiliser ce document pour faire valoir ce que de droit ; M'engage à communiquer tout changement de situation à la mairie avec les justificatifs nécessaires ; Atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs des Activités Périscolaires Municipales et déclare y souscrire.

Fait à

Signature du ou des responsables légaux :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Le

AUTORISATION D'ENVOI DES FACTURES ET DES RECUS PAR MAIL

Je soussigné(e)

Responsable légal 1 ou 2, de l'enfant :

NOM

PRENOM

Autorise la commune de Villeneuve sur Bellot à me communiquer mes factures de règlement restauration scolaire et périscolaire soir et matin, et mes reçus par mail à l'adresse suivante :

Fait pour servir et valoir ce que droit.

A

Signature du ou des responsables légaux :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Le

ATTENTION : cette possibilité n'est offerte qu'aux familles ayant créé leur accès au portail famille

Nom et Prénom de l'enfant :

