



INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES RESTAURATION/GARDERIE/TRANSPORT ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Pour tout enfant déjeunant à la restauration scolaire, l'inscription est à renouveler tous les ans.

Liste des pièces à fournir (photocopies et originaux) (attention, le service ne fait pas de photocopies)

RENOUVELLEMENT

- ☐ N° de dossier figurant sur la dernière carte de restauration : _____
- ☐ 1 Attestation de droit à la prestation de la CAF
- ☐ Les 3 derniers bulletins de salaire des 2 parents (ou attestation de paiement CAF ou Pôle Emploi)
- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance ou contrat de location, eau, électricité, téléphone)
- ☐ 1 Photo d'identité (à remettre à la Régie unique rue Abbé Grégoire)
- ☐ 1 Cession amiable remplie et signée
- ☐ 1 Fiche d'inscription par famille
- ☐ 1 R.I.B (pas de RIB Orange Banque et Banque des caraïbes)
- ☐ 1 Attestation d'assurance au nom de l'enfant pour l'année en cours

POUR TOUTE 1ÈRE INSCRIPTION, LES PIÈCES SUIVANTES SONT À FOURNIR ÉGALEMENT

- ☐ Livret de famille (pages concernant les parents et les enfants à inscrire) ou extrait d'acte de naissance avec filiation complète
- ☐ Pièce d'identité du parent

Nom/Prénom du responsable légal : _____	
N° Allocataire CAF : _____	N° de dossier : _____ <small>(figurant sur la dernière carte de restauration)</small>
<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir de justificatifs de ressources et j'ai pris note que la tranche tarifaire la plus élevée me sera appliquée. <input type="checkbox"/> J'accepte d'être contacté par la ville de Sainte-Anne. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir la facture par E-mail. <input type="checkbox"/> Je m'engage à régler mes factures mensuellement (du 1er au 8 du mois en cours sur le portail famille, ou du 1er au 10 du mois en cours à la régie unique)	
DROIT À L'IMAGE : <input type="checkbox"/> J'AUTORISE <input type="checkbox"/> JE N'AUTORISE PAS la ville de Sainte-Anne à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et à publier ces photos sur le magazine municipal, le site www.ville-sainteanne.fr et sur les outils de communication en lien avec l'éducation, pour l'année scolaire 2026 – 2027.	
ATTESTATION SUR L'HONNEUR : Je soussigné.e _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis. Je m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale...), Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à m'y conformer, sous peine d'exclusion du/des services périscolaires (disponibles sur www.ville-sainteanne.fr). Je m'engage à régler mes factures mensuellement.	
Date : _____	Signature : _____

- Une cotisation de 12€ par famille est sollicitée ainsi qu'une contribution pour l'édition des cartes (1,52€ (enfants scolarisés au primaire) et 3,05€ (enfants scolarisés au secondaire))
- L'inscription devient effective si et seulement si les factures de la restauration et du ramassage scolaires de l'année 2024-2025 sont honorées.
- Le paiement forfaitaire est mensuel (pas de remboursement ni de report de paiement, sauf maladie de plus de 3 jours et si justificatif (grève, stage ...)).
- Tout dossier déposé hors délai est passible d'un refus de fréquentation du restaurant scolaire à la rentrée 2026.

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE DE DÉPÔT : _____

DATE DE SAISIE : _____

PAR : _____

Dossier **complet** à remettre à l'accueil de la Direction de l'Éducation, **rue César GALAS** au Bourg ou à envoyer par mail à l'adresse **regie.periscolaire@ville-sainteanne.fr** avant le **30 juin 2026**.
LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT NI ACCEPTÉS, NI TRAITÉS

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction de L'Éducation.

Pole Enfance Education - Direction de l'éducation

Rue César GALAS - Bourg - ☎ : 0590 85 59 92 - ✉ : regie.periscolaire@ville-sainteanne.fr

Ouvert les lundis de 7h30 à 16h30, les mardis et jeudis de 7h30 à 14h30 et les mercredis et vendredis de 7h30 à 13h30

DOSSIER FAMILIAL

SITUATION FAMILIALE : ☐ Marié.e ☐ Divorcé.e ☐ Pacsé.e ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Veuf.ve

☐ Séparé.e ☐ Célibataire ☐ Garde alternée

Garde alternée : chaque parent doit remplir cette fiche d'inscription, fournir les justificatifs, le jugement et le calendrier de garde

REPRÉSENTANT LEGAL 1

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____ ☐ Autorité parentale

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : 0590 _____ Tél Portable : 0590 _____

Mail : _____

REPRÉSENTANT LEGAL 2

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____ ☐ Autorité parentale

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : 0590 _____ Tél Portable : 0590 _____

Mail : _____

AUTRES CONTACTS autorisés à récupérer l'enfant et à être prévenus en cas d'urgence

NOM/Prénom : _____ Tél : _____

NOM/Prénom : _____ Tél : _____

NOM/Prénom : _____ Tél : _____

ENFANT 1

☐ Garçon ☐ Fille ☐ Ecole : _____ ☐ Classe : _____

☐ 1ère inscription ☐ Renouvellement (n° de dossier figurant sur la dernière carte de restauration) : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (Ville/Dpt/Pays) : _____

PERISCOLAIRE (Garderie périscolaire aux écoles R. ANZALA (Bel-Etang) et G. TROUPÉ (Ffrench) uniquement)

Restauration : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnel A partir du _____

Garderie matin (6h30 - 7h50) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

Garderie soir (16h15 - 17h30) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____ Tél : _____

☐ Allergie alimentaire ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Autres Contre-indications médicales

Observations : _____

NB : le même menu est servi à tous les rationnaires. Pour toute forme d'allergie, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire (voir la Direction de l'école). Les demandes de régime alimentaire en dehors de ce cadre ne seront pas prises en compte.

Date : _____ Signature : _____

ENFANT 2

☐ Garçon ☐ Fille ☐ Ecole : _____ ☐ Classe : _____

☐ 1ère inscription ☐ Renouvellement (n° de dossier figurant sur la dernière carte de restauration) : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (Ville/Dpt/Pays) : _____

PERISCOLAIRE (Garderie périscolaire aux écoles R. ANZALA (Bel-Etang) et G. TROUPÉ (Ffrench) uniquement)

Restauration : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnel A partir du _____

Garderie matin (6h30 - 7h50) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

Garderie soir (16h15 - 17h30) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____ Tél : _____

☐ Allergie alimentaire ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Autres Contre-indications médicales

Observations : _____

NB : le même menu est servi à tous les rationnaires. Pour toute forme d'allergie, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire (voir la Direction de l'école). Les demandes de régime alimentaire en dehors de ce cadre ne seront pas prises en compte.

Date : _____ Signature : _____



DOSSIER FAMILIAL

ENFANT 3

☐ Garçon ☐ Fille ☐ Ecole : _____ ☐ Classe : _____
☐ 1ère inscription ☐ Renouvellement (n° de dossier figurant sur la dernière carte de restauration) : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (Ville/Dpt/Pays) : _____

PERISCOLAIRE (Garderie périscolaire aux écoles R. ANZALA (Bel-Etang) et G. TROUPÉ (Ffrench) uniquement)

Restauration : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnel A partir du _____

Garderie matin (6h30 - 7h50) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

Garderie soir (16h15 - 17h30) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____ Tél : _____

☐ Allergie alimentaire ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Autres Contre-indications médicales

Observations : _____

NB : le même menu est servi à tous les rationnaires. Pour toute forme d'allergie, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire (voir la Direction de l'école). Les demandes de régime alimentaire en dehors de ce cadre ne seront pas prises en compte.

Date : _____ Signature : _____

ENFANT 4

☐ Garçon ☐ Fille ☐ Ecole : _____ ☐ Classe : _____
☐ 1ère inscription ☐ Renouvellement (n° de dossier figurant sur la dernière carte de restauration) : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (Ville/Dpt/Pays) : _____

PERISCOLAIRE (Garderie périscolaire aux écoles R. ANZALA (Bel-Etang) et G. TROUPÉ (Ffrench) uniquement)

Restauration : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnel A partir du _____

Garderie matin (6h30 - 7h50) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

Garderie soir (16h15 - 17h30) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____ Tél : _____

☐ Allergie alimentaire ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Autres Contre-indications médicales

Observations : _____

NB : le même menu est servi à tous les rationnaires. Pour toute forme d'allergie, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire (voir la Direction de l'école). Les demandes de régime alimentaire en dehors de ce cadre ne seront pas prises en compte.

Date : _____ Signature : _____

ENFANT 5

☐ Garçon ☐ Fille ☐ Ecole : _____ ☐ Classe : _____
☐ 1ère inscription ☐ Renouvellement (n° de dossier figurant sur la dernière carte de restauration) : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (Ville/Dpt/Pays) : _____

PERISCOLAIRE (Garderie périscolaire aux écoles R. ANZALA (Bel-Etang) et G. TROUPÉ (Ffrench) uniquement)

Restauration : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnel A partir du _____

Garderie matin (6h30 - 7h50) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

Garderie soir (16h15 - 17h30) : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi A partir du _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : _____ Tél : _____

☐ Allergie alimentaire ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Autres Contre-indications médicales

Observations : _____

NB : le même menu est servi à tous les rationnaires. Pour toute forme d'allergie, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire (voir la Direction de l'école). Les demandes de régime alimentaire en dehors de ce cadre ne seront pas prises en compte.

Date : _____ Signature : _____



CESSION AMIABLE ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT DES FRAIS DE RESTAURATION SCOLAIRE ET DE GARDERIE PÉRISCOLAIRE SUR LES PRESTATIONS FAMILIALES

Je soussigné.e ☐ Madame ☐ Monsieur _____
Demeurant à : _____
N° d'allocataire : _____ autorise la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUADELOUPE à prélever
sur mes prestations familiales le montant de _____ euros pour les seuls frais de
restauration scolaire impayés au titre des mois : _____
Pour le.s enfant.s : _____
L'allocataire Le percepteur

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT DES FRAIS DE RESTAURATION SCOLAIRE ET DE GARDERIE PÉRISCOLAIRE SUR LES PRESTATIONS FAMILIALES

Je soussigné.e ☐ Madame ☐ Monsieur _____
Demeurant à : _____
N° d'allocataire : _____ autorise la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUADELOUPE à prélever
sur mes prestations familiales le montant de _____ euros pour les seuls frais de
restauration scolaire impayés au titre des mois : _____
Pour le.s enfant.s : _____
L'allocataire Le percepteur

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT DES FRAIS DE RESTAURATION SCOLAIRE ET DE GARDERIE PÉRISCOLAIRE SUR LES PRESTATIONS FAMILIALES

Je soussigné.e ☐ Madame ☐ Monsieur _____
Demeurant à : _____
N° d'allocataire : _____ autorise la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUADELOUPE à prélever
sur mes prestations familiales le montant de _____ euros pour les seuls frais de
restauration scolaire impayés au titre des mois : _____
Pour le.s enfant.s : _____
L'allocataire Le percepteur