



## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Restauration  Garderies R.ANZALA et G.TROUPÉ  Transport Régional\*

**Dossier complet à remettre au bureau des écoles avant le 23 juillet 2020.**

***L'inscription est obligatoire pour bénéficier des prestations.***

### Liste des pièces à fournir (attention le service ne fait pas de copie) :

- La photocopie du livret de famille (photocopie des pages concernant les parents et les enfants mineurs)
- La photocopie de l'avis de non imposition ou d'imposition de l'année 2019
- La photocopie du contrat de location
- La photocopie d'un justificatif de domicile (quittance eau, électricité ou téléphone)
- La photocopie de la page des vaccins du carnet de santé (D.T.P. à jour obligatoire) avec le nom et prénom de l'enfant (*pour les enfants inscrits à la restauration scolaire et garderie périscolaire*)
- La photocopie de l'attestation de la mutuelle et sécurité sociale
- Le bulletin de salaire, l'attestation C.A.F., ASSEDIC ou autres
- L'attestation d'assurance au nom de l'enfant pour l'année en cours
- 2 photos d'identité
- Cession amiable remplie et signée
- La fiche sanitaire ci-jointe dûment remplie et signée
- R.I.B.
- Pour la restauration du lycée fournir : le justificatif d'inscription scolaire, le R.I.B, la cession amiable**

<b>Régime</b>	
<input type="checkbox"/> Allocataire C.A.F (régime général) <input type="checkbox"/> Régime spécial (M.S.A ou autre) <input type="checkbox"/> Sans régime	
<b>Nom et prénom de l'allocataire</b>	
<b>N° allocataire</b>	

**N.B. : Une cotisation de 12,00€ par famille est sollicité ainsi qu'une contribution pour l'édition des cartes d'accès à bord qui est : de 1,52€ pour les enfants scolarisés au primaire et 3,05€ pour les enfants scolarisés au secondaire.**

### **TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ**

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction de la régie scolaire. Elles sont conservées pendant l'année scolaire en cours. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers, aux libertés et au Règlement Général pour la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition au traitement et à la portabilité des données) en justifiant votre identité et en adressant votre demande : par courrier : Mairie de Sainte-Anne - Délégué à la protection des données - Hôtel de ville Place Schœlcher 97180 SAINTE-ANNE - par e-mail : dpd@ville-sainteanne.fr

\* Etablissements scolaires pour le transport régional : Lycée Gerty ARCHIMEDE, Faustin FLERET, Lycée Polyvalent Nord Grande-Terre, Louis DELGRES, M.F.R., Collège G.G. De Gaulle et St-Dominique, Lycée Hôtelier du Gosier, Lycée BERTENE JUMINIER BLANCHON Lamentin, Lycée RAOULE GEORGES NICOLO Rivière des Pères



## DOSSIER FAMILLE

<b>Etat civil – Parents responsables</b>	
<b>Situation familiale :</b> <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Représentant légal 1	Représentant légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : ..... (précisez) Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP/Ville : ..... ..... Tél. fixe : ..... Tél. portable : ..... Mail personnel : ..... .....	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : ..... (précisez) Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP/Ville : ..... ..... Tél. fixe : ..... Tél. portable : ..... Mail personnel : ..... .....

<b>Enfant (s) concerné (s) par l'inscription</b>							
<i>Cocher la(les) cases correspondantes à votre choix</i>							
NOM - Prénom	Date de naissance	Nom de l'école fréquentée	Classe	Prestation			
				<b>R</b>	<b>G</b>	<b>L</b>	<b>T</b>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> J		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> J		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> J		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> J		

**R** : Restauration scolaire (**M** : Mensuel – **O** : Occasionnel)

**G** : Garderie des écoles R. ANZALA et G. TROUPÉ (**M** : Matin ou **S** : Soir (jusqu'à 17h30) – **J** : Matin et Soir)

**L** : Lycée - **T** : Transport régional



## À COMPLETER IMPÉRATIVEMENT

Je soussigné(e), ..... représentant légal du (des) enfant (s) :

.....  
.....

### **Autorisation de publication de l'image**

**Autorise** mon (mes) enfant (s) à être photographié (s) ou filmé (s) dans le cadre des activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal municipal, site Web, films, affiches, expositions...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon (mes) enfant (s), à titre gratuit. Aucune utilisation ou diffusion commerciale ne sera faite des photos.

Oui

Non

### **Assurance**

**Déclare** que le (les) enfant (s) sont couverts par une assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel

### **Attestation sur l'honneur**

**Atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis,

**M'engage** à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale...),

**Reconnais** avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à m'y conformer, sous peine d'exclusion du/ des services périscolaires.

Date : .....

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)



Pôle Enfance et Education  
Direction de la Régie Scolaire  
Rue Abbé Grégoire  
☎ : 0590 88 89 37  
✉ : regie.periscolaire@ville-sainteanne.fr

## CESSION AMIABLE

**Objet :** Autorisation de prélèvement des frais de Restauration Scolaire et Garderie périscolaire sur prestations familiales.

Je soussigné (e) Monsieur, Madame,

.....

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 (les) enfants (s) :

.....

.....

.....

.....

L'Allocataire,

Le Percepteur,



Pôle Enfance et Education  
Direction de la Régie Scolaire  
Rue Abbé Grégoire  
☎ : 0590 88 89 37  
✉ : regie.periscolaire@ville-sainteanne.fr

## **Autres personnes autorisées à prendre en charge l'(les) enfant (s)**

3 personnes maximum, et ce à l'exclusion de tout mineur.

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable au personnel de service.

Présentation obligatoire d'une pièce d'identité avant remise de l'enfant.

<b>Personne 1</b>			
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....			
Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

<b>Personne 2</b>			
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....			
Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

<b>Personne 3</b>			
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....			
Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Date : .....

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :