



ECOLE PUBLIQUE DE LA BÉNISSON-DIEU

Année Scolaire 2024/2025

DOSSIER D'INSCRIPTION GARDERIE - CANTINE

LES HORAIRES

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
7h30	Garderie	Garderie	Garderie	Garderie
8h20	Ecole	Ecole	Ecole	Ecole
11h30	Cantine	Cantine	Cantine	Cantine
13h20	Ecole	Ecole	Ecole	Ecole
16h30	Garderie	Garderie	Garderie	Garderie
18h30				

LES TARIFS

Pour inscrire votre (ou vos) enfant(s), merci de compléter le tableau ci-dessous.

	Formule Garderie seule + Aide aux devoirs	Formule Garderie et Cantine +Aide aux devoirs
	Lundi / Mardi / Jeudi / Vendredi	Lundi / Mardi / Jeudi / Vendredi
1^{er} enfant scolarisé	<input type="checkbox"/> 13.50 € par mois (135 € par an)	<input type="checkbox"/> 13.50 € par mois + 4,30 € par repas
2^{ème} enfant scolarisé	<input type="checkbox"/> 11.50 € par mois (115 € par an)	<input type="checkbox"/> 11.50 € par mois + 4,30 € par repas
3^{ème} enfant scolarisé	<input type="checkbox"/> 9.5 € par mois (95 € par an)	<input type="checkbox"/> 9.50 € par mois + 4,30 € par repas

- La facture globale pour la garderie pour l'année sera faite en Septembre. Si vous souhaitez bénéficier d'un étalement, quand vous recevrez la facture, nous vous invitons à prendre contact directement auprès du Trésor Public. Vous pourrez établir un échéancier et échelonner les paiements (au mois ou par trimestre).
- **Pour les inscriptions à la cantine, elles devront se faire par le biais de la fiche d'inscriptions mensuelle (coupons). Toute annulation de repas pour absence à l'école devra être faite au plus tard le jour J avant 8h. Passé ce délai, le repas sera facturé. Des factures mensuelles vous seront adressées par le biais du Trésor Public. Il est possible pour cette année d'opter pour le prélèvement mensuel.** Vous devrez payer ses factures directement auprès de la trésorerie. Pour les repas occasionnels, il est nécessaire de prévenir la veille et en cas de force majeure avant 8h le jour J, le tarif de ce repas sera de 5.50 € par enfant (dans la limite de 5 repas par an). **Pour rappel, les familles inscrivant leur(s) enfant(s) uniquement à la cantine doivent obligatoirement s'acquitter du forfait garderie.**
- Pour les parents inscrivant leur(s) enfant(s) en cours d'année, les tarifs seront proratisés en fonction du nombre de semaines d'école restantes.

Date : _____

Signature de la mère :

Signature du père :

A : _____

Famille : **Nom**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année Scolaire 2024/2025

ENFANT(S) SCOLARISÉ(S) A L'ÉCOLE DE LA BÉNISSON-DIEU

1^{er} enfant scolarisé à l'école de La Bénisson-Dieu

NOM de famille : _____ Classe : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : _____
Né(e) le : _____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

2^{ème} enfant scolarisé à l'école de La Bénisson-Dieu

NOM de famille : _____ Classe : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : _____
Né(e) le : _____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

3^{ème} enfant scolarisé à l'école de La Bénisson-Dieu

NOM de famille : _____ Classe : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : _____
Né(e) le : _____ / _____ / _____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

ADRESSE DES ENFANTS Rue : _____
Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non
NOM d'usage : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal et commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____
Courriel : _____

Père NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non
NOM d'usage : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal et commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____
Courriel : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non
Organisme : _____
Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Code postal et commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

ASSURANCE DE (OU DES) L'ENFANT(S)

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non
Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

AUTORISATION

(à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas de refus)

	Mère	Père
Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités périscolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour : La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994). Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

ADHESION AU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

	Oui	Non
Je souhaite adhérer au prélèvement automatique pour les factures de cantine et garderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Oui, Merci de compléter le mandat SEPA ci-joint et de joindre un RIB – Les prélèvements auront lieu le 15 de chaque mois

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

NOM et Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal et commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : __ Tél. travail : _____

NOM et Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal et Commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père : _____
A : _____

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Education nationale, « Base Elèves 1er degré ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire. Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IEN de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

FICHE SANITAIRE DES ELEVES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- **Organismes d'assurances dont dépend le responsable de(s) enfant(s) :**

Caisse primaire de sécurité sociale - Désignation : _____

N° d'assuré _____

Mutuelle - Désignation : _____

N° d'assuré _____

Risques couverts : _____ Maladie : Oui Non Chirurgie : Oui Non

- **Coordonnées du médecin traitant de(s) enfant(s) :**

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

- **Vaccinations :** Merci de nous fournir une photocopie de la page de vaccinations du carnet de santé. Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans.

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille grâce aux coordonnées transmises dans la fiche de renseignements (pages 2-3).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Merci d'indiquer ci-dessous toutes les observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (port de lunettes, médicaments et soins journaliers à donner à l'enfant, régimes éventuels, intolérance à certains aliments ou médicaments, allergies, précautions particulières à prendre...)

1^{er} enfant

Nom et Prénom(s) : _____

Poids de l'enfant : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

Observations particulières : _____

2^{ème} enfant

Nom et Prénom(s) : _____

Poids de l'enfant : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

Observations particulières : _____

3^{ème} enfant

Nom et Prénom(s) : _____

Poids de l'enfant : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

Observations particulières : _____

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MÉDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : _____

demeurant à : _____

agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de (nom, prénom des enfants) : _____

_____ déclare :

1/ autoriser la personne en charge du périscolaire à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris, éventuellement, l'hospitalisation.

2/ avoir pris connaissances des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

Date : _____ Signature de la mère :

Signature

Famille : Nom

N° Caf :