

**ÉCOLE MATERNELLE ANNE FRANK  
FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION  
RESTAURATION SCOLAIRE/ACCUEIL PÉRISCOLAIRE  
À REMPLIR LISIBLEMENT ET EN LETTRES MAJUSCULES, MERCI.**

**Si la fiche contient des erreurs, apporter les corrections au stylo rouge UNIQUEMENT.**

La fiche d'inscription incomplète ou non remise dans les délais fixés ne sera pas prise en considération.

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION - MISE À JOUR :**

Année scolaire : ..... Classe : ..... Enseignant : .....  
Année scolaire : ..... Classe : ..... Enseignant : .....  
Année scolaire : ..... Classe : ..... Enseignant : .....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : .....  M  F

**PARENT(S) OU AUTRE RESPONSABLE LÉGAL**

|                     | PARENT 1 | PARENT 2 | AUTRE RESPONSABLE<br><i>qui a la charge effective de l'enfant.</i> |
|---------------------|----------|----------|--|
| Nom                 |          |          |  |
| Prénom              |          |          |  |
| Situation familiale |          |          |  |
| Adresse             |          |          |  |
| Tél Domicile        |          |          |  |
| Tél Mobile          |          |          |  |
| Tél Pro             |          |          |  |
| Courriel            |          |          |  |

### RESTAURATION SCOLAIRE

J'inscris mon enfant au restaurant scolaire :  OUI  NON

**INSCRIPTION RÉGULIÈRE.** Dans ce cas, je coche obligatoirement le(s) jours choisi(s)  
 LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI

**INSCRIPTION PONCTUELLE.** Sollicitée pour mon enfant non inscrit (au moins 7 jours avant la date effective).

**INSCRIPTION EXCEPTIONNELLE** limitée à 1 ou 2 repas par mois. Sollicitée pour le jour J, impérativement avant 9h00.

**DEMANDE DE REPAS**  SANS PORC  SANS VIANDE

### ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

J'inscris mon enfant à l'accueil périscolaire **MATIN** :  OUI  NON

J'inscris mon enfant à l'accueil périscolaire **SOIR** :  OUI  NON

Un coupon de réservation des activités périscolaires est distribué via le cahier de liaison de l'enfant pour chaque période (de vacances à vacances).

### TRANSPORT SCOLAIRE DU SISS

Mon enfant utilise le transport scolaire du SISS :  OUI  NON

### INFORMATION FACTURATION – DÉSIGNATION DU PAYEUR UNIQUE POUR LA FAMILLE

Nom **qui apparaîtra sur la facture** : .....

Adresse à laquelle la facture sera adressée : .....

Commune : ..... CP : .....

N° ALLOCATAIRE CAF (sur lequel est rattaché l'enfant) : .....

N° AUTRE RÉGIME (MSA....) : .....

**ACCEPTE** de recevoir les factures mensuelles uniquement sur l'adresse courriel ci-dessous et de ne plus recevoir les factures papier (*écrire en majuscules, merci*) :

OUI  NON

.....@.....

### GARDE ALTERNÉE

Si la garde de l'enfant est définie en fonction des semaines paires et impaires.

**SEMAINE PAIRE** :  Parent 1  Parent 2 **PAYEUR** :  Parent 1  Parent 2

**SEMAINE IMPAIRE** :  Parent 1  Parent 2 **PAYEUR** :  Parent 1  Parent 2

**PERSONNES AUTORISÉES**, autre(s) que le(s) parent(s) à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence. Se présenter muni(e) d'une pièce d'identité.

1.....Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

2.....Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

3.....Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

4.....Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

5.....Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

**AUTORISATION IMAGE**

**AUTORISE** l'équipe d'animation et la commune de Langon à utiliser l'image de mon enfant sur tout support (photographique, vidéo, réseaux sociaux.....).

**REFUSE** que l'équipe d'animation et la commune de Langon utilisent l'image de mon enfant.

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

Nom du médecin traitant : ..... N° tél : .....

Vaccinations  
Joindre la copie du carnet de santé ou une attestation certifiée du médecin.

L'enfant a déjà eu les maladies :  
 Rubéole  Varicelle  Scarlatine  
 Rougeole  Oreillons  Coqueluche

Allergie ou intolérance  OUI  NON  
Préciser la nature et la cause :  
 Asthme  Alimentaire  Maquillage  
 Médicamenteuse  Insecte/Acarien  
.....

L'enfant suit un traitement médical  
 OUI  NON

SI OUI, dans les deux cas, un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) devra être mis en place. Se rapprocher de la direction de l'école.

**APPAREILLAGE**       Lunettes     Appareil dentaire     Appareil auditif

***Tourner la page SVP***

Je soussigné(e).....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription individuelle et m'engage à informer le service des Affaires Scolaires de tout changement ou de toute modification en cours d'année scolaire.

**POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020**

Fait à..... Le.....  
Signature(s) :

**POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021**

Fait à..... Le.....  
Signature(s) :

**POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022**

Fait à..... Le.....  
Signature(s) :