

**MAIRIE DE
SAÂCY-SUR-MARNE**



**INSCRIPTION
CANTINE - ETUDE - PERISCOLAIRE**

ANNEE 2024-2025

Nom Prénom
Date de naissance Classe

Nom Prénom
Date de naissance Classe

Nom Prénom
Date de naissance Classe

Tableau à remplir par chaque personne ayant l'autorité parentale du ou des enfants. A défaut, merci de joindre une copie de la décision de justice. Pour tout cas particulier, merci de vous adresser à notre secrétariat.

	Père – Mère – Représentant légal	Père – Mère – Représentant légal
	Rayer les mentions inutiles	Rayer les mentions inutiles
NOM et prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse (préciser l'adresse de facturation)		
Tel		
Mail		
Numéro CAF		
Employeur (nom et adresse)		
Profession		
Correspondant principal pour le portail famille :		

• **INSCRIPTION** : ☐ CANTINE ☐ ETUDE ☐ PERISCOLAIRE

• **FACTURATION** : Via le portail famille

• **PAIEMENT** : ☐ PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
☐ AUTRE (paiement en ligne par carte bancaire, chèque, espèces)

• **PROBLEMES MEDICAUX à signaler** (allergies...) ou tout autre renseignement pertinent relatif à la santé de l'enfant :
.....
.....

Entraînent la mise en place d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ OUI
☐ NON

**MAIRIE DE
SAÂCY-SUR-MARNE**



**INSCRIPTION
CANTINE - ETUDE - PERISCOLAIRE**

ANNEE 2024-2025

• **Personne à prévenir en cas d'urgence (si vous n'êtes pas joignable) :**

Nom Prénom ☎

Lien avec l'enfant

• **Personne autorisée à prendre l'enfant : (en l'absence des parents)**

Nom Prénom ☎

Lien avec l'enfant

• **Médecin à contacter :** ☎

CANTINE :

• **JOURS de PRESENCE :** ☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI

• **TYPE DE PRESTATION :** ☐ REPAS NORMAL
☐ REPAS SANS VIANDE
☐ AIDE ET ENCADREMENT SANS FOURNITURE DE REPAS
(uniquement pour les enfants atteints d'allergie alimentaire)

ETUDE :

• **JOURS de PRESENCE :** ☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI

PERISCOLAIRE :

Afin d'accueillir au mieux et en toute sécurité votre (vos) enfant(s), nous vous remercions de noter le(s) jour(s) de présence régulier(s) :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Soir				

Accueil occasionnel : ☐

Je suis informé(e) que mon (mes) enfant(s) est (sont) susceptible(s) d'être pris en photo dans le cadre des activités périscolaires et que ces photographies pourront être utilisées sur tout support de communication de la commune.

Je certifie avoir pris connaissance du(des) règlement(s) intérieur(s) concerné(s) et l'accepte sans réserve.

Saâcy-sur-Marne, le

Signature des parents ou représentants légaux

Parent 1

Parent 2

PIECES A JOINDRE :

- Attestation d'assurance scolaire
- RIB – un RDV vous sera fixé pour la signature du mandat de prélèvement SEPA
- Le cas échéant, tout document prouvant l'autorité parentale
- Le cas échéant, Plan d'accueil individualisé (PAI) et/ou renouvellement.



ANNEE 2024-2025

ANNEXE COMPLEMENTAIRE :

A compléter si nécessaire :

• **Autres personnes autorisées à prendre l'enfant** : (en l'absence des parents)

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant

NomPrénom.....☎
Lien avec l'enfant