



# Restaurant Scolaire Garderies Dossier Unique d'Inscription

photo

**Un dossier est à remplir pour chaque enfant.**

*Ce dossier est valable pour l'année scolaire 2019-2020.*

*Il vous permet d'inscrire votre enfant au restaurant scolaire et à la garderie maternelle ou élémentaire.  
Aucun repas au restaurant scolaire ne pourra être pris sans dépôt préalable de ce dossier en Mairie.*

## Documents obligatoires à fournir

- Pages « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Mandat de prélèvement SEPA si prélèvement automatique

En cas de dossier incomplet, les inscriptions ne pourront pas être validées.

**Ce dossier est à remettre complété, signé et accompagné de l'ensemble des documents demandés à la Mairie de Neufchâtel-en-Bray – service des Affaires Scolaires  
Espace François Mitterrand – 76270 Neufchâtel-en-Bray –  
entre le 10 juillet et le 20 août 2019 sous réserve de règlement de toutes les factures dues à la Ville.**

Pour tout renseignement, contacter le service des Affaires Scolaires par téléphone : 02.32.97.53.06  
ou par mail : [affaires.scolaires@neufchatelenbray.fr](mailto:affaires.scolaires@neufchatelenbray.fr)

Tout changement en cours d'année doit être signalé : situation familiale, déménagement, téléphone,

## Renseignements sur l'enfant

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon  classe fréquentée en 2019/2020 : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse où vit l'enfant : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> adresse si garde alternée : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur la famille

### Représentant légal 1

Père  Mère  Autres \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Employeur / Profession : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titulaire de l'autorité parentale :  Oui  Non

### Représentant légal 2

Père  Mère  Autres \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Employeur / Profession : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titulaire de l'autorité parentale :  Oui  Non

### Situation des parents :

Mariés  Pacsés  Séparés  Divorcés  Veuf(ve)  Union libre  Célibataire

### Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation (copie du jugement obligatoire) :

Résidence principale au domicile de \_\_\_\_\_

Garde alternée

Autre : \_\_\_\_\_

### Régime social

Caisse d'Allocation Familiale : n° d'allocataire : \_\_\_\_\_

Mutualité Sociale Agricole : \_\_\_\_\_

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

## Réservations

Garderie oui  non

occasionnel (quelques jours non fixes dans le mois)

Matin

Soir

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Restaurant Scolaire oui  non

occasionnel (quelques jours non fixes dans le mois)

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Toute inscription ou annulation devra être signalée au service des Affaires Scolaires la veille avant 16h sauf cas de force Majeure (maladie...) ou notifié sur le portail BL.enfance. ***Toute réservation non annulée sera due.***

## Renseignements sanitaires

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ 

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : \_\_\_\_\_

Régime spécifique ou allergie / maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier  
(Fournir le PAI ou un certificat médical de moins de 6 mois)

\* Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

\* Des aliments sont-ils interdits ?  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Allergie alimentaire :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Allergie médicamenteuse :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Autre allergie (animaux, pollens, plantes, ...)  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Maladie chronique (diabète, asthme, ...) :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Traitement :

Votre enfant suit-il un traitement ?  Oui (joindre l'ordonnance)  Non

**Aucun médicament ne pourra être administré par le personnel communal.**

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation, troubles) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---

---

---

---

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole  Oui  Non

Coqueluche  Oui  Non

Otite  Oui  Non

Varicelle  Oui  Non

Angine  Oui  Non

Scarlatine  Oui  Non

Rhumatisme  Oui  Non

Rougeole  Oui  Non

Oreillons  Oui  Non

Votre enfant porte-t-il :  des lunettes  un appareil dentaire  un appareil auditif

Vos recommandations : \_\_\_\_\_

---

---

---

## Autorisations

ci-dessous les personnes autorisées à venir chercher mon enfant (en dehors des représentants légaux)

A contacter  
en cas d'urgence

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

J'autorise (fournir mandat de prélèvement SEPA ci-joint complété et signé et un RIB)

Je n'autorise pas

que les factures du restaurant scolaire et de la garderie soient prélevées automatiquement sur mon compte bancaire

J'autorise

Je n'autorise pas

que mon enfant soit transporté en véhicule en cas de besoins (béquilles, ..)

J'autorise

Je n'autorise pas

que mon enfant soit photographié ou filmé afin que les services utilisent les images dans un but non lucratif afin de promouvoir ses activités (site internet, presse, bulletin municipal, etc.)

J'autorise

le responsable à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie) et m'engage à prendre en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation.

J'autorise

Je n'autorise pas

la Ville de Neufchâtel-en-Bray à utiliser les adresses mail figurant sur cette fiche pour me communiquer des informations relatives à ce service. Je prends note que mes coordonnées ne seront en aucun cas diffusées à d'autres organismes.

*Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation du service des affaires scolaires. La Ville de Neufchâtel-en-Bray est l'unique destinataire de ces données.*

*Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser aux services des Affaires Scolaires de la Ville de Neufchâtel-en-Bray.*

Je soussigné, M. / Mme \_\_\_\_\_

déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur ce document.

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

m'engage à communiquer tout changement relatif à ces informations.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature(s) :

### CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier complet le : .....

Dossier à compléter : .....