

## FICHE D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

École :  Maternelle « Les petits pichotiers »  Primaire « Maurice Genevoix »  
 Maternelle/Primaire « La petite Braconne »

### VOTRE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : F M Né(e) le : .... / .... / ..... Lieu (commune et département) : .....

### LA FAMILLE

	<b>Responsable légal 1</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre	<b>Responsable légal 2</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre
Nom et nom de jeune fille (Si concernée)		
Prénom		
Adresse postale		
Téléphone		
Mail		
Profession		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire

	<b>Personne à contacter 1</b> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant	<b>Personne à contacter 2</b> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant
Nom		
Prénom		
Adresse postale		
Téléphone		
Lien avec l'enfant		

### LES SERVICES PÉRISCOLAIRES

<b>Tarification des repas des cantines municipales au 1<sup>er</sup> janvier 2025 (TTC)</b>		<b>Tarification des services périscolaires au 1<sup>er</sup> janvier 2025 (TTC)</b>	
<i>Quotient familial</i>	<i>Prix du repas TTC</i>		
Inférieur à 1000€	1€	Études surveillées du soir (l'heure)	1€
Entre 1000€ et 2000€	2.90€	Forfait mensuel garderie MATIN	8€
Supérieur à 2000€	3.30€	Forfait mensuel garderie SOIR	8€
		Garderie (matin ou soir) à titre exceptionnel (max 4 jours/mois)	2.50€/jour

Souhaitez-vous inscrire votre enfant aux services périscolaires\* :

<b>Cantine</b>	<b>Garderie</b>	<b>Études surveillées</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2x/semaine

LA FACTURATION

**Vos données CAF/MSA (Pour la facturation de la cantine uniquement) :**

Nom/Prénom bénéficiaire : .....  
N° d'allocataire : ..... Quotient familial : .....

*Pour les familles non allocataires, nous calculons votre QF à partir de votre dernier avis d'imposition. Il appartient à la famille de nous transmettre tout changement de situation*

**TIERS PAYEUR : Personne à facturer (une seule par foyer)**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tel : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**MODE DE PAIEMENT :**

- Paiement à réception de la facture (à régler auprès du trésor public directement)
- Prélèvement automatique, 1<sup>er</sup> prélèvement le 5 novembre (pour la facture de septembre)

PIÈCES À FOURNIR POUR CONSTITUER VOTRE DOSSIER
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile et Individuelle accident
<input type="checkbox"/> Attestation récente de quotient familial CAF ou MSA (si cantine uniquement)
→ En cas d'adhésion au prélèvement automatique :
<input type="checkbox"/> Mandat de prélèvement SEPA
<input type="checkbox"/> RIB

**Le(s) responsable(s) légal(aux)..... déclare(nt) sur l'honneur exacts les renseignements fournis ci-dessus et s'engage(nt) à signaler tout changement de situation auprès du service des affaires scolaires.**

\*J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé durant sa fréquentation du restaurant scolaire et que ces documents soient utilisés, dans un but non lucratif pour des expositions ou dans les journaux. →En cas de refus faire un courrier auprès de la Mairie de la Rochefoucauld en Angoumois.

En cas de nécessité, j'autoriser le surveillant de Restauration Scolaire à prendre toute mesure nécessaire aux soins indispensables à l'état de mon enfant, et le cas échéant à le faire transporter à l'hôpital le plus proche pour que lui soient prodigués les soins qui s'imposent dont toute intervention chirurgicale d'urgence, éventuellement sous anesthésie locale ou générale selon la prescription des médecins.

À....., le .... / .... / .....

Signature(s) :

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception du dossier :

Entrée prévue le :

Observations :

*Les informations recueillies sur ce formulaire ont un caractère obligatoire et peuvent être enregistrées dans un fichier informatisé par le service municipal chargé des affaires scolaires. Elles sont conservées pendant toutes la durée du séjour de l'enfant dans la structure par le service, à des fins de gestion. Conformément à la loi "informatique et libertés" et au nouveau RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles) en application depuis le 25 mai 2018, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité en contactant le référent informatique de la collectivité par email : [muriellegarnaud@larochefoucauldenangoumois.fr](mailto:muriellegarnaud@larochefoucauldenangoumois.fr)*