



Mairie d'EICHHOFFEN
 Département du Bas-Rhin
 République Française



Mairie de SAINT-PIERRE
 Département du Bas-Rhin
 République Française

SERVICE DE RESTAURATION ET/OU D'ACCUEIL DU RPI SAINT-PIERRE / EICHHOFFEN

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024

Le dossier d'inscription est à retourner à Monsieur KOCHER avant le 04/07/2023

NOM et PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE de l'enfant :..... **AGE :** **CLASSE :** **ECOLE :**.....

RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom :..... **Nom de jeune fille :**

Prénom :.....

Adresse :

Code postal : **Ville :**.....

Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**.....

E-mail :

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Situation de famille : Marié / Pacsé / Concubin / Célibataire / Divorcé / Séparé

Profession :

Employeur :

Téléphone professionnel :

RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom :..... **Nom de jeune fille :**

Prénom :.....

Adresse :

Code postal : **Ville :**.....

Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**.....

E-mail :

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Situation de famille : Marié / Pacsé / Concubin / Célibataire / Divorcé / Séparé

Profession :

Employeur :

Téléphone professionnel :

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Caisse sécurité sociale :

Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance :

Attestation d'assurance **obligatoire** à fournir pour l'année 2023/2024

En cas de famille séparée, le jugement de divorce devra être transmis et un dossier par parent rempli pour faciliter la facturation. Les modalités de garde indiquées dans le jugement de divorce devront être transmises.

Le responsable légal sera considéré comme le payeur.

Les soussignés s'engagent à respecter les clauses du contrat.

Date et signature du(des) parent(s)

CONTRAT DE RESTAURATION ET D'ACCUEIL

Le contrat d'accueil est non modifiable et engage les parties pour l'année scolaire.

Ce contrat est établi entre

D'une part,
Madame / Monsieur
.....
Parent de
Né(e) le

D'autre part,
SERVICE DE RESTAURATION ET/OU ACCUEIL RPI Saint-Pierre / Eichhoffen

INFORMATIONS GENERALES

Toute absence de l'enfant doit être signalée le jour même avant 9h00, au responsable de la structure, qu'elle qu'en soit la raison qui est joignable au 03.88.08.96.01.

Les frais de garde ne sont jamais déduits.

Dans le cadre des forfaits nous rappelons que le montant forfaitaire est appliqué tous les mois, d'un même montant pour la période du 1^{er} septembre, date de la première facture (début octobre), à la fin de l'école début juillet, date de la dernière facture, soit sur 10 mois.

Le montant est identique même les mois ayant des vacances scolaires, car celui-ci est déjà déduit du forfait annuel.

Les repas peuvent être déduits :

- En cas de maladie justifiée avec un certificat médical (déduction faite à compter du 5^{ème} jour d'absence)
- En cas de sorties scolaires prévues minimum 7 jours ouvrés à l'avance

CHOIX DU FORFAIT

- Forfait 4 jours midi
- Forfait 4 jours midi et soir

Grille Tarifaire 2023/2024

Forfaits	Tarifs
Forfait 4 jours midi	167 €
Forfait 4 jours midi et soir	251 €

L'accueil du soir se fera jusqu'à 18h15. Tout dépassement entrainera un coût supplémentaire de 7,50 € le quart d'heure.

Horaires de la ligne de bus et des horaires de classe en annexe.

Les soussignés s'engagent à respecter les clauses du contrat.

Date et signature du(des) parent(s)

Date et signature du Maire de Saint-Pierre

Date et signature du Maire d'Eichhoffen

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Nom et prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F M

Ecole fréquenté à la rentrée 2022/23 :

Classe fréquentée à la rentrée 2022/23 :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse / CP / Ville :

Téléphone :

VACCINS

Copie des vaccins obligatoire

BCG	_/_/_	DTP	_/_/_
Test Tuberculin	_/_/_	Tetracoq	_/_/_
ROR	_/_/_		

MALADIES INFANTILES

Coqueluche	_/_/_	Rougeole	_/_/_	Scarlatine	_/_/_
Oreillons	_/_/_	Rubéole	_/_/_	Varicelle	_/_/_

ALLERGIES ALIMENTAIRES OU AUTRES REGIMES SPECIFIQUES

• A-t-il un régime alimentaire particulier ? Sans porc Végétarien Sans laitage Sans gluten

Pour les régimes sans laitage et sans gluten, la famille devra fournir son propre panier repas.

• Allergies : Aucune Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et joindre un certificat médical)

.....

• Difficultés de Santé : Aucune
Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

• Recommandations utiles des parents : Aucune
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... Précisez

.....

• Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : Non Oui Préciser les causes (Troubles, Asthme, etc.)

.....
Si oui, joindre impérativement le P.A.I. déjà établi et prendre un rendez-vous avec le responsable de l'accueil.

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.***

AUTORISATION

- J'autorise le personnel du service à utiliser l'image et la voix de mes enfants :
- dans le cadre de publications sur notre page Facebook (visage caché) : Oui Non
- dans le cadre de publication d'articles de journal : Oui Non

• Je soussigné (e),.....
responsable légal de.....

autorise le personnel du service de restauration à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'intervention chirurgicale pour mon enfant cité ci-dessus.

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements indiqués et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à le Signature des parents avec la mention « Lu et approuvé »

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1°)
Nom et Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
E-mail :
Lien de parenté :

2°)
Nom et Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
E-mail :
Lien de parenté :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

1°)
Nom et Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
E-mail :
Lien de parenté :

2°)

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

E-mail :

Lien de parenté :

3°)

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

E-mail :

Lien de parenté :

PERSONNES AYANT INTERDICTION DE CHERCHER L'ENFANT

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Lien de parenté :

Pièces justificatives : Jugement ou autre à joindre

ANNEXE

HORAIRES LIGNE DE BUS ET DES HORAIRES DE CLASSE

ALLER	N° de service	1		3	
Commune	Point d'arrêt	horaires car matin LMJV*	début cours matin LMJV*	horaires car après-midi LMJV*	début cours après-midi LMJV*
EICHHOFFEN	Ecole	08h05	-	13h22	-
	EHPAD	non desservi le matin	-	13h30 / 13h35	-
SAINT-PIERRE	Ecole	08h12 / 08h14	<i>08h15</i>	13h38 / 13h40	<i>13h40</i>
EICHHOFFEN	Ecole	08h22	<i>08h25</i>	13h48	<i>13h50</i>

RETOUR	N° de service		2		4
Commune	Point d'arrêt	fin cours matin LMJV*	horaire car matin LMJV*	fin cours après-midi LMJV*	horaire car après-midi LMJV*
SAINT-PIERRE	Ecole	<i>11h45</i>	11h45 / 11h47	<i>16h10</i>	16h10 / 16h12
EICHHOFFEN	Ecole	<i>11h55</i>	11h55 / 11h57	<i>16h20</i>	16h20 / 16h22
SAINT-PIERRE	Ecole	-	12h05 / 12h07	-	16h30
	EHPAD	-	12h10	-	-

*LMJV : lundi, mardi, jeudi et vendredi