



Nom et Prénom de l'enfant : .....

Classe : .....

PHOTO

2024/2025

# Commune de MORTCERF

Dossier d'inscription aux services de  
restauration scolaire et d'études  
surveillées

Possibilité de retourner le dossier par mail à  
l'adresse [periscolaire@mortcerf.fr](mailto:periscolaire@mortcerf.fr)  
avant le 31 mai 2024

**L'inscription aux services de restauration et /ou  
d'études surveillées est une démarche obligatoire  
renouvelable chaque année. Aucun enfant ne sera  
admis sans inscription administrative préalable.**

[periscolaire@mortcerf.fr](mailto:periscolaire@mortcerf.fr) – Tél : 01 64 04 30 39

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### RESPONSABLE LEGAL 1

Père

Mère

Tuteur

NOM .....

PRENOM .....

Date de naissance ..... Situation familiale .....

Adresse .....

.....

Téléphone ..... Portable .....

E-mail (obligatoire) ..... @ .....

Profession.....

Employeur .....

Adresse de l'employeur.....

Téléphone travail.....

### RESPONSABLE LEGAL 2

Père

Mère

Tuteur

NOM .....

PRENOM .....

Date de naissance ..... Situation familiale .....

Adresse .....

.....

Téléphone ..... Portable .....

E-mail (obligatoire) ..... @ .....

Profession.....

Employeur .....

Adresse de l'employeur.....

Téléphone travail.....

Je (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés ci-dessus et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement la commune de Mortcerf de tout changement.

Fait à Mortcerf, le ..... Signature de(s) parents)

## INFORMATIONS SECURITÉ SOCIALE

Votre régime d'assurance maladie     Général     MSA     SNCF     AUTRE

Votre numéro de sécurité sociale .....

Adresse .....

.....

## AUTORISATION DU OU DES RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)

Je soussigné(e) Mme ou M.....

→ Autorise mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) ou être filmé(s)

Oui                       Non

→ Autorise mon (mes) enfant(s) à partir seul

Oui                       Non

→ Autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités sportives

Oui                       Non

→ Autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon (mes) enfant(s)

Oui                       Non

## ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel au cas où il occasionnerait un dommage aux personnes ou aux biens.

Nom et adresse de la compagnie .....

.....

N° de contrat .....

## PERSONNES À CONTACTER

### PERSONNE N° 1

Madame

Monsieur

NOM .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant : (grand-parent, tante, autre (précisez), etc).....

Téléphone..... Portable .....

#### Appel en cas d'urgence

Oui

Non

#### Autorisé à récupérer l'enfant

Oui

Non

### PERSONNE N° 2

Madame

Monsieur

NOM .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant : (grand-parent, tante, autre (précisez), etc).....

Téléphone..... Portable .....

#### Appel en cas d'urgence

Oui

Non

#### Autorisé à récupérer l'enfant

Oui

Non

**PERSONNE N° 3**

Madame

Monsieur

NOM .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant : (grand-parent, tante, autre (précisez), etc).....

Téléphone..... Portable.....

**Appel en cas d'urgence**

Oui

Non

**Autorisé à récupérer l'enfant**

Oui

Non

**PERSONNE N° 4**

Madame

Monsieur

NOM .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant : (grand-parent, tante, autre (précisez), etc).....

Téléphone..... Portable.....

**Appel en cas d'urgence**

Oui

Non

**Autorisé à récupérer l'enfant**

Oui

Non

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

### ENFANT

NOM .....PRENOM .....

Date de naissance.....A .....

Médecin traitant..... téléphone.....

Remplir les renseignements ci-dessous **et joindre obligatoirement les photocopies des vaccins** du carnet de santé ou les certificats de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES		DATE DE RAPPEL
Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ou Trétracoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Rubéole-oreillons-rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Haemophilus influenzae b	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Méningocoque C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VACCINS RECOMMANDÉS		DATE
BCG (Tuberculose)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?		
Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres (précisez)		

Votre enfant a-t-il des allergies ?		
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. (si oui, précisez) :**.....

.....

**P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours (joindre le protocole et toutes informations utiles) :**

Oui       Non

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.) et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

**Données complémentaires jugées utiles :**

.....

.....

## INSCRIPTION AUX ACTIVITES RESTAURATION SCOLAIRE ET ETUDE



**L'inscription n'est pas automatique. La réservation est obligatoire pour la restauration scolaire et les études surveillées, à défaut, l'enfant ne pourra pas être accepté.**

### ➤ RESTAURATION SCOLAIRE

Tarif : 4,30 € / repas

Souhaitez-vous que votre enfant bénéficie de la restauration scolaire ?

Oui       Non

Si la réponse est « Oui », un mail ouvrant les droits sera envoyé. **Il vous conviendra par la suite de procéder à la réservation sur le portail famille.**

La collectivité n'assure pas la prise en charge de régimes spécifiques, elle propose toutefois une substitution à la viande, à la viande de porc et au poisson quand ceux-ci sont au menu. Cette substitution ne peut être garantie que pour les enfants dont le(s) représentant(s) légal(aux) a (ont) signalé le régime ci-dessous.

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

Oui       Non

Si oui, précisez :

- Menu sans porc
- Menu sans viande
- Menu sans poisson

Repas et allergies : Lors de l'inscription, le(s) représentant(s) légal(aux) devra(ont) signaler toute allergie alimentaire. La mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit alors être engagée.

Renseigné par le médecin traitant, ce dossier devra être retourné à la mairie ; une fois validé, le P.A.I. alimentaire précisera les modalités de prise de repas par l'enfant.

Le Maire se réserve le droit de refuser un enfant de la restauration tant qu'un P.A.I. alimentaire n'aura pas été mis en place.

## ➤ ETUDES SURVEILLEES

Les études surveillées sont réservées aux élèves de CP au CM2.

Tarif : 2,00 € / jour

Souhaitez-vous que votre enfant bénéficie de l'étude surveillée ?

Oui             Non

Si la réponse est « Oui », un mail ouvrant les droits sera envoyé. **Il vous conviendra par la suite de procéder à la réservation sur le portail famille.**

Possibilité est donnée aux familles de choisir une inscription sur 3 ou 4 jours ; les jours indiqués seront fixes et figés pour l'année (voir règlement approuvé le 30 juin 2017).

*Exemple : si je choisis d'inscrire mon enfant 3 jours par semaine, les mardis, jeudis et vendredis, je m'engage à régler 3 jours d'étude toutes les semaines, tout au long de l'année scolaire.*

## AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est autorisé à partir seul de l'étude surveillée :

Oui                       Non

Si oui, **la commune décline toute responsabilité en cas d'accident en dehors du lieu d'accueil.**

Dans le cas contraire, les parents doivent spécifier par écrit, les conditions de départ de l'enfant.

**ACCEPTATION DU RÈGLEMENT DE LA RESTAURATION SCOLAIRE**

Je soussigné (e) .....responsable de l'enfant .....

déclare avoir pris connaissance du règlement et accepte les conditions d'accueil telles que définies dans le présent règlement.

Fait à .....le .....

Signature :

✂.....

**ACCEPTATION DU RÈGLEMENT DE L'ÉTUDE**

Je soussigné (e) .....responsable de l'enfant .....

déclare avoir pris connaissance du règlement et accepte les conditions d'accueil telles que définies dans le présent règlement.

Fait à .....le .....

Signature :

## INFORMATIONS À RETENIR

Le dossier d'inscription dûment complété et accompagné des justificatifs demandés est à retourner :

**Avant le 31 mai 2024**

➤ **Au secrétariat de mairie :**

Ouverture : lundi – mardi – jeudi – vendredi de 14h00 à 18h00 / mercredi – samedi de 9h00 à 12h00

Par mail à l'adresse : [periscolaire@mortcerf.fr](mailto:periscolaire@mortcerf.fr)

**Par voie postale à l'adresse suivante :**

Mairie de Mortcerf  
1, rue du Général Leclerc  
77163 Mortcerf

## PIECES JUSTIFICATIVES À JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile
- Livret de famille
- En cas de divorce ou de séparation des parents, toute pièce justificative de cette situation
- Acceptation du règlement de la restauration scolaire et des études surveillées
- Photo de l'enfant
- Copie des vaccins
- Mandat de prélèvement + RIB

**Tout dossier incomplet ne pourra être accepté.**



