

SIVOS
Escurolles, Mayet d'École,
Monteignet, Saulzet,
Saint Pont

DOSSIER D'INSCRIPTION :

A remplir en ligne et retourner par mail à :

sivos.escurolles@orange.fr

Ou en version papier : SIVOS Escurolles
9, Rue de la Gendarmerie 03110 ESCUROLLES

Impérativement avant le 21 juin 2024.



COMMUNE DE RÉSIDENCE :

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT :

Fille :

Garçon :

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

A :

Département :

Nationalité :

Classe et lieu prévus avec les enseignantes pour la rentrée 2024-2025

(Si vous avez l'information)

Classe :

Commune :

RESPONSABLES LÉGAUX :

Situation familiale :

N°Allocataire CAF:

Demandé par le service de gestion comptable.

Responsable Légal 1 : Nom, Prénom	Responsable Légal 2 : Nom, Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Autorité parentale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Mail : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
<input type="text"/> Adresse travail	<input type="text"/> Adresse travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>

FRATRIE SCOLARISÉE

Nom	Prénom	Date de naissance	École fréquentée	Lien avec l'enfant

CONTACTS (personnes autres que les responsables légaux à appeler en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant)

CONTACT		CONTACT	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse		Adresse	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Téléphone	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>	Lien avec l'enfant	<input type="text"/>

Merci de communiquer toutes les informations concernant votre enfant, qui pourraient être utiles à sa parfaite intégration
En remplissant le cadre ci-dessous.

ACCUEIL GARDERIE

Je souhaite inscrire mon enfant les jours suivants à partir du :

Ouverture de la garderie : **7h30**

Fermeture de la garderie : **18h30**

Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La garderie est gérée par la commune d'origine de l'enfant. Les horaires et la tarification sont susceptibles de varier d'une commune à l'autre. Se renseigner auprès de votre secrétariat de sa mairie.

RESTAURATION SCOLAIRE

Nom : Prénom :

DP

EXT

Suite à compléter même si vous cochez externe

L'enfant a un régime alimentaire sans porc :

L'enfant a un régime alimentaire selon les menus :

L'enfant présente des signes d'allergies :

Si oui , Lesquelles :

Pour toutes allergies, il est impératif de contacter son médecin pour établir un
Projet d'Accueil Individualisé. (P.A.I.).

Dans ce cas, il vous sera demandé d'apporter un panier repas.

Je m'engage à inscrire mon enfant selon le calendrier suivant, à partir du :

planning régulier : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Cet engagement implique que toute absence de l'enfant à la cantine, ne relevant pas de l'une des situations exceptionnelles citées ci-après, sera comptabilisée et facturée. La facturation est établie mensuellement, en fonction du nombre de jours d'école, et non du nombre de jours de présence de l'enfant. Nous vous invitons à prendre connaissance du règlement de restauration scolaire, qui rappelle notamment la procédure en cas d'impayés.

Situations exceptionnelles:

- en cas d'aménagement particulier du temps de travail (travail posté, en équipe, en rotation, etc.), il pourra être accepté un changement de calendrier au mois, sous réserve d'en faire la demande auprès du SIVOS, au plus tôt et un mois à l'avance au plus tard à :

(sivos.escurolles@orange.fr ou tél : 04 70 90 51 92)

- en cas d'absence pour longue maladie ou hospitalisation (d'au moins une semaine) avec une carence de 2 jours à compter de la date déclarée au secrétariat

- en cas d'absence et/ou grèves d'agents de l'éducation nationale ou communale, ne permettant pas de maintenir le service public.

Nom, prénom et adresse précise de facturation restauration et garderie

si différente du responsable légal :

Facturation partagée oui non Si oui, remplir parents 1 et 2

Parent 1 :

Parent 2 : (S'il y a facturation partagée)

DROIT À L'IMAGE ET AUTORISATIONS

Je soussigné(e), agissant en tant que représentant légal
de l'enfant inscrit sur la fiche

Autorise la commune et le SIVOS **N'autorise pas la commune et le SIVOS**

A utiliser et/ou publier des visuels le concernant pour illustrer différents supports d'information et de communication

autorise les services encadrant l'enfant à pratiquer les interventions d'urgences,

certifie exacts les renseignements mentionnés dans le dossier et m'engage à signaler tous les changements (adresse, coordonnées, situation...) modifiant les indications de cette fiche.

°J'atteste valider toutes les inscriptions citées précédemment.

°Je m'engage à régler les frais correspondants aux prestations sollicitées.

°Je m'engage à avertir en cas de modifications concernant les inscriptions.

°J'atteste être à jour des facturations précédentes (restauration et garderie)

°J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible en mairie ou au secrétariat du SIVOS.

°Je certifie avoir compris les termes du règlement, l'accepter et m'engage à le respecter.

°(RGPD) Ces données sont collectées afin de gérer le fonctionnement des services de restauration, de garderie et de facturation (service de gestion comptable). Nous utilisons également votre adresse électronique pour vous adresser des informations sur la vie du SIVOS. Aucune autre utilisation n'est autorisée.

Signature indispensable.

(En cas de garde alternée, les deux responsables légaux doivent signer ce document)

Fait le :

Fait le :

A :

A :

Signature du responsable légal 1

Si votre application ne permet pas la signature, reporter votre nom.

Signature du responsable légal 2

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte et sera retourné.

***Les membres du SIVOS, Les Municipalités et l'ensemble du personnel vous souhaitent,
à toutes et tous, une très belle année scolaire.***