

FICHE DE RESERVATION

ANNEE SCOLAIRE 2026 - 2027



PIECES OBLIGATOIRES – RENOUELEMENT :

- Fiche sanitaire complétée et signée
- Photocopie du carnet de vaccination à jours ou attestation de vaccination à jour
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire
- Photocopie de l'attestation de quotient familial de moins de 3 mois (CAF ou MSA)
- Photocopie du Jugement si parents séparés (décision de justice fixant les modalités de garde ou une déclaration conjointe signée des 2 parents) calendrier de garde alternée de l'année scolaire (si concerné)
- RIB – Si mise en place d'un prélèvement pour la restauration scolaire
- Pour les enfants ayant un PAI, fournir le PAI signé par le médecin
- Pour les enfants ayant un suivi complémentaire, justificatif précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours bilan/intervention précoce, une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PMI, PCO, CAMSP, PDPC, CMP, CATTP, Hôpital de jour)
- Pour les enfants ayant un PPS, notification CDAPH précisant un avis favorable pour l'intervention d'un-e AESH y compris sur le temps méridien et/ou une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP, DITEP, DAME, DIME, DIEM)
- Pour les enfants bénéficiaires de l'AAEH, notification précisant l'ouverture des droits à l'AAEH

ENFANT

Sexe : Garçon Fille

Nom : Prénom:

Date de naissance : Classe :

Ecole maternelle

Ecole élémentaire

Régime alimentaire : Classique Sans porc

Votre enfant mange-t-il de la viande ? Oui Non

Votre enfant a-t-il un repas P.A.I (Repas fournis par la famille dans le cadre du PAI)? Oui Non

INFORMATIONS RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Qualité : Père Mère Tuteur Tiers délégataire

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone personnel : Mail :

Numéro allocataire : C.A.F M.S.A

Qualité : Père Mère Tuteur Tiers délégataire

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone personnel : Mail :

Numéro allocataire : C.A.F M.S.A

RESTAURATION SCOLAIRE

Mon enfant peut être inscrit **au mois ou au repas.**

Le restaurant scolaire **doit être réglé entre le 1^{er} et le 20 du mois en cours.**

Les inscriptions doivent être faites 10 jours à l'avance auprès du service scolaire en mairie.

J'inscris mon enfant au mois (tous les jours) Forfait 47€

J'inscris mon enfant au repas (3,60€ le repas) les :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Contrat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la régie du service scolaire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la régie du service scolaire.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant du Créancier Sepa : FR72ZZZ563545

Désignation du Créancier : Régie Cantine scolaire, Boulevard Jean Jaurès, 66600 Salses le Château

Nom : Prénom:

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays.....

Désignation du compte à débiter

Nom de la banque :

Identification IBAN :

Identification Internationale de la Banque :

Fait à

Le/...../.....

Signature du ou des responsable(s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Fiche à joindre au dossier d'inscription unique – Soumis à discrétion professionnelle, elle est archivée seulement 1 année car nécessite un renouvellement annuel

ENFANT

Sexe : Garçon Fille

Nom: Prénom:

Date de naissance : Âge :

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) : OUI NON

ALLERGIE(S)

Alimentaire : Non Oui, précisez :

Médicamenteuse : Non Oui, précisez :

Autre : Non Oui, précisez :

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

Non Oui Déjà établi (Documents à fournir)

PATHOLOGIE(S)

L'enfant a-t-il une ou des pathologies ?

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

Non Oui Déjà établi (Documents à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administré sans PAI (Boîte de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre à la structure

Traitement en cas de crise Aucun Oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence

Prévoir PAI pour l'accompagner Déjà établi (à fournir)

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.



santé
famille
retraite
services



APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

- Lunettes Lentilles Prothèses Auditives Prothèses dentaires Appareil orthopédique
 Fauteuil/Déambulateur Autre *Lequel*.....

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon l'activité) :

.....

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

- Non Oui Déjà établi (*Documents à fournir*)

MEDECIN TRAITANT

Nom : **Tel :**

Adresse :

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....
.....
.....

Responsable 1 – en qualité de

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Téléphone :**

Responsable 2 – en qualité de

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Téléphone :**

AUTORISATION

- Autorise N'autorise pas

Le-la responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin consulté.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni** l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant l'adolescent(e) est à jour ainsi que le cas échéant le(s) projet(s) d'accueil individualisé (PAI).

Conformément à la loi RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le-la responsable de la structure. **Les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et les structures.** Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

Fait à

Signature du ou des responsable(s) :

Le / /