



**Dossier unique d'inscription**  
**Groupe scolaire Paul Eluard et**  
**Restaurant scolaire**  
**Année 20...../20.....**

**FAMILLE**

Nom, Prénom et adresse de la ou les personne(s) responsable(s) de l'enfant (au sens de l'article L.131-4 du code de l'éducation)

**Responsable légal**

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance :  
le ...../...../.....

à .....

Adresse : .....

CP ..... Ville.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Courriel : .....  
(A remplir en lettres majuscules)

**Responsable légal**

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance :  
le ...../...../.....

à .....

Adresse : .....

CP ..... Ville.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Courriel : .....  
(A remplir en lettres majuscules)

**Situation familiale**

- marié(e) ou vie maritale
- divorcé(e) ou séparé(e)
- parent isolé

**Situation familiale**

- marié(e) ou vie maritale
- divorcé(e) ou séparé(e)
- parent isolé

**Composition de la famille (fratrie)**

- Prénom.....Nom (si différent)..... Date de naissance.....

**Régime Allocataire**

Régime général / Régime agricole – MSA (\*)

Nom/prénom de l'allocataire :  
.....

N° Allocataire : .....

Caisse (Département) : .....

**Situation financière**

Nb d'enfants à charge : .....

Nb d'enfants total : .....

Quotient Familial : .....

## ENFANT 1

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Sexe : M – F

Adresse : .....  
*(Si différente de celle mentionnée en Page 1)*

CP..... Ville.....

### INSCRIPTION AU GROUPE SCOLAIRE PAUL ELUARD

Ecole Élémentaire Paul Eluard – 46 rue François Luneau – Tél. 02 40 33 92 29

Ecole Maternelle Paul Eluard – 2 route d'Ancenis – Tél 02 40 33 90 66

Inscription à compter du : ...../...../20....

Dernière école fréquentée : .....

Niveau de classe à la rentrée : .....

#### Inscription au groupe scolaire Paul Eluard - Cadre réservé à l'administration

Date d'effet de l'inscription : ..... Date de l'admission : .....

Date de radiation : .....

### INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE PAUL ELUARD oui non

Inscription à compter du : ...../...../20....

#### Jours de présence

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Tous les Jours

Occasionnellement

selon planning (à fournir au plus tard 3 jours avant le début de chaque mois)

Mise en place d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) oui  non

*Si oui : il convient de prendre rendez-vous avec le responsable de la restauration scolaire pour les informations concernant le protocole, en lien avec l'école. Fournir un certificat médical et la liste des aliments non autorisés  
Restaurant scolaire municipale Paul Eluard – 2 route d'ancenis / 02 40 33 98 03 / [restaurantscolaire@vallet.fr](mailto:restaurantscolaire@vallet.fr)*

### UTILISATION DE L'ACCUEIL DE LOISIRS et/ou PERISCOLAIRE

**VALLET ANIMATION (IFAC) - PÔLE ENFANCE (enfants de 3 à 11 ans)**

oui  non

**POUR TOUTE INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS et/ou PERISCOLAIRE  
LES DOCUMENTS SONT A DEPOSER DIRECTEMENT A L'ADRESSE CI-DESSOUS**

**(se conférer dernière page : pièces à fournir obligatoirement)**

**Prendre contact avec la structure concernée**

**Pôle enfance : Responsable : Céline PEAN LOISELEUR**

**Tél. 02 40 33 77 09**

**Mail : [vallet.periscolaire@utno.ifac.asso.fr](mailto:vallet.periscolaire@utno.ifac.asso.fr)**

**9 Boulevard Evariste Dejoie**

**44330 VALLET**



**RESTAURANT  
SCOLAIRE**  
2 ROUTE  
D'ANCENIS



**VALLET ANIMATION**  
11 BD PUSTERLE  
44330 VALLET  
Tél : 02.40.36.24.84

**AUTORISATION – NOM PRENOM ENFANT :**

Nous, soussignés

M. Mme

Adresse :

Autorisons expressément les personnes citées-ci-dessous à venir chercher l'enfant désigné ci-dessus

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom, Prénom :

Téléphone :

Nom, Prénom :

Téléphone :

Nom, Prénom :

Téléphone :

- Autorisons**  
 **N'autorisons pas** Le personnel à sortir mon/notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
- Autorisons**  
 **N'autorisons pas** Le personnel à photographier ou filmer mon/notre enfant dans la mesure où les films ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement
- Autorisons**  
 **N'autorisons pas** La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP(CAF) afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. ( le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction ).
- Acceptons**  
 **N'acceptons pas** De recevoir les informations des services par mon adresse mail.
- Autorisons**  
 **N'autorisons pas** L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant notre/mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
- Autorisons**  
 **N'autorisons pas** Mon/notre enfant à rentrer seul
- Autorisons**  
 **N'autorisons pas** Le personnel à transporter ou faire transporter notre/mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe

**SIGNATURES**

Vallet, le  
Nom, Prénom  
Signatures :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire et/ou aux services périscolaires et accueil de loisirs.

Les informations recueillies pour les accueils périscolaires le sont sous la seule responsabilité de l'association organisatrice (IFAC)



**RESTAURANT  
SCOLAIRE**  
2 ROUTE  
D'ANCENIS

**FICHE MÉDICALE**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Parent 1**

Nom

Prénom

**Parent 2**

Nom

Prénom

**Renseignements médicaux**

**Maladies**

- Angine       Rougeole       Coqueluche  
 Rhumatisme       Oreillons       Otite  
 Rubéole       Scarlatine  
 Varicelle

**Allergies**

- Alimentaires       Asthme       Médicamenteuses

**Traitement médical**

**Difficultés de santé**

**Recommandations utiles des parents**

**Médecin**

Nom

Téléphone

Spécialité

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire.

## FACTURATION

### Réception des factures par voie dématérialisée (Mail)

oui  non

Nom/prénom de la personne à facturer	Option de paiement retenue
..... .....	<input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Chèques ou espèces
<b>Attention : en cas d'inscription dans les deux structures (restaurant scolaire et services périscolaires) : un seul et même mode de paiement est requis – (en cas de prélèvement un seul RIB)</b>	

Nous soussignons, M. et Mme, avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD et donnons notre consentement libre et éclairé au traitement des données à caractère personnel figurant dans ce dossier. Ces données ont pour finalité les actes liés à l'accueil de notre/nos enfant(s) au groupe scolaire Paul Eluard et à la restauration scolaire.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire Paul Eluard et en accepte les termes.

A Vallet, le .....

Nom, Prénom et signature des responsables légaux du/des enfant(s)

## PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Inscription scolaire - école Paul Eluard	Inscription restauration scolaire
<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile datant de – de 3 mois <input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Le carnet de santé : vaccination obligatoire (DTP) date rappel : ..... <input type="checkbox"/> Le certificat de radiation de l'ancienne école  <u>En cas de séparation ou divorce :</u> <input type="checkbox"/> Photocopie du jugement fixant la résidence habituelle de l'enfant Si <u>garde alternée</u> <input type="checkbox"/> Attestation de résidence signée des deux parents ou signature du présent dossier par les deux parents	<input type="checkbox"/> Attestation CAF ou MSA ou <input type="checkbox"/> Copie du dernier avis d'imposition Sans ces documents, le tarif maximum sera appliqué <input type="checkbox"/> Attestation d'assurances Responsabilité Civile <input type="checkbox"/> Fiche médicale <input type="checkbox"/> Fiche autorisation <input type="checkbox"/> Imprimé SEPA/Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Relevé d'identité Bancaire  <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Centre de loisirs et/ou accueil périscolaire</b>  <b>Documents à déposer à l'IFAC 9 bd Dejoie</b>  <b>Prendre contact avec le service au 02.40.33.77.09</b> </div> <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison <input type="checkbox"/> Imprimé SEPA/IFAC <input type="checkbox"/> Relevé d'identité Bancaire

**ATTENTION**, si vous utilisez déjà le service de restauration scolaire et/ou de l'IFAC pour un autre enfant, il n'est pas utile de transmettre

- L'attestation CAF ou l'avis d'imposition
- Les imprimés SEPA restaurant scolaire et/ou IFAC et le RIB (si vous êtes déjà prélevé)



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

Référence unique du mandat	<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>		
<b>I F A C E T A B L I S S E M E N T G R A N D O U E S T</b>			
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ifac Etablissement Grand Ouest à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ifac Etablissement Grand Ouest.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,</li> <li>- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.</li> </ul> <p>Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p><i>Veillez compléter les champs marqués *</i></p>			
<p>Voire Nom*</p> <p>Voire adresse*</p> <p>Les coordonnées* de votre compte</p> <p>Nom du créancier*</p>	<p>Nom / Prénoms du débiteur</p> <p>Numéro et nom de la rue</p> <p>Code Postal      Ville</p> <p>Pays</p> <p>Numéro d'identification International du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)</p> <p>Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</p> <p>ifac Etablissement Grand Ouest</p> <p>Nom du créancier</p> <p>Identifiant créancier SEPA</p> <p>*Le Solilab – 8 rue Saint Domingue</p> <p>Numéro et nom de la rue</p> <p>Code Postal      Ville</p> <p>*FRANCE</p> <p>Pays</p> <p>* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/>      Paiement ponctuel <input type="checkbox"/></p> <p>Lieu      Date</p> <p>*Veillez signer ici</p>		
<p>Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque</p>			
<p>Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.</p> <p>Code identifiant du débiteur</p> <p>Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque</p> <p>Nom du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)</p> <p>Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.</p> <p>Code identifiant du tiers créancier</p> <p>Contrat concerné</p> <p>Numéro d'identification du contrat</p> <p>Description du contrat</p>			
<p>Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p>			
<p>A retourner à: VALLET ANIMATION 11 Boulevard Pusterle 44330 VALLET</p>		<p>Zone réservée à l'usage exclusif du créancier</p>	



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL  
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

**NOM DU MINEUR :** .....  
**PRENOM :** .....  
**DATE DE NAISSANCE :** ...../...../.....  
**SEXE :**    M     F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Orillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

**Poids :** .....kg ; **Taille :** .....cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).  
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**  oui  non  
**MEDICAMENTEUSES**  oui  non  
**AUTRES (animaux, plantes, pollen) :**  oui  non  
Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

.....  
.....

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....  
.....

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....