



Les Billaux
Cité verte en Libournais

**INSCRIPTION
ECOLE LES BILLAUX
2026 / 2027**

et

RESTAURATION SCOLAIRE ET/OU PERISCOLAIRE

Dossier à compléter et à retourner à la Mairie

Documents à joindre :

- Attestation quotient familial (CAF ou MSA)
- Attestation d'assurance responsabilité civile ou extra-scolaire
- Jugement indiquant la garde et l'autorité parentale de l'enfant
- Pour vérification : Ce document a été signé page 3 et 4.
- Photocopie Livret de famille.
- Justificatif de domicile
- Photocopie Carnet de santé

L'inscription sera définitive après la rencontre avec la Directrice :

Rendez-vous à prendre au **05 57 23 19 36**

Un dossier par enfant

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

NOM : **PRENOM :**

Date de Naissance :/...../..... CLASSE : Sexe : Masculin Féminin

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (Voir code liste ci-jointe) :	Profession ou catégorie socio-professionnelle (Voir code liste ci-jointe) :
Employeur :	Employeur :
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves :	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

● Numéro CAF ou MSA :

Attestation à fournir OBLIGATOIREMENT

● Quotient familial :

☞ Nous ne souhaitons pas que notre enfant soit photographié ou filmé(e) pendant les activités scolaires

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autre que les responsables légaux)

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tel	Autorisé à :			
				Récupérer l'enfant		Appeler en cas d'urgence	
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non



Mon enfant mangera au Restaurant Scolaire

OUI NON

EXCEPTIONNELLEMENT

Mon enfant a des allergies alimentaires

OUI NON

Si oui, un Protocole d'Accueil Individualisé est-il en place ?

OUI NON **A FOURNIR**

TARIFS TICKETS RESTAURANT SCOLAIRE		
Ticket	QUOTIENT FAMILIAL	TARIF / REPAS
A	1 à 750	
B	751 à 1000	
C	+ de 1001	

Accueil Péricolaire

Mon enfant ira à la garderie du matin : 7h30-8h20

OUI NON

EXCEPTIONNELLEMENT

Mon enfant ira à la garderie du soir : 16h30-18h30

OUI NON

EXCEPTIONNELLEMENT

TARIFS PERISCOLAIRE	
QUOTIENT FAMILIAL	TARIF / JOUR
1 à 750	
751 à 1000	
+ de 1001	

Je (Nous), soussigné(e) (ons),

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant,

En classe de PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Certifie(nt) avoir pris connaissance des règlements de la restauration scolaire de la Commune de « Les Billaux » et du service Péricolaire (ci-joints à conserver).

Signature Responsable 1 :

Signature Responsable 2 :

Fiche sanitaire à remplir au dos



Aucun enfant ne sera pris en photo par le personnel communal pendant le temps périscolaire (cantine, interclasses et garderie).



FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES		VACCINATIONS RECOMMANDEES	
	DATE DERNIER RAPPEL		DATE DERNIER RAPPEL
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT Polio		BCG	
ou Tétracoq		Autres :	

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Votre enfant a-t-il des allergies autres qu'alimentaire (asthme, médicamenteuses...) ?

OUI NON

Si oui lesquelles ?

Un PAI (Projet d'Accompagnement Individuel) est-il en place à l'école ? OUI NON

Restriction(s) alimentaire(s) hors PAI

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... ? Précisez s'il vous plait.

Je (Nous), soussigné(e), (és), (ées),, responsable(s) légal(e), (es), (aux) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur ce dossier.

Date et signature :/...../.....

Responsable 1 :

Responsable 2 :