



Les Billaux
Cité verte en Libournais

INSCRIPTION 2025 / 2026 RESTAURATION SCOLAIRE 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
- Justificatif de domicile
- Jugement indiquant la garde et l'autorité parentale de l'enfant
- Pour vérification : Ce document a été signé page 3 et 4.

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 :
Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :

Numéro CAF ou MSA :

Quotient familial :

Attestation à fournir OBLIGATOIREMENT

Personnes autorisées à récupérer l'enfant		
Nom	Prénom	Téléphone



- 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
 Régime alimentaire sans porc OUI NON

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

Accueil Périscolaire

- 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) (és),,
 responsable(s) légal(aux) de l'enfant,.....

En classe de PS-MS GS-CP CP-CE1 CE1-CE2 CM1-CM2

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

Signature Responsable 1 :

Signature Responsable 2 :

DROIT A L'IMAGE

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

**FICHE SANITAIRE**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES		VACCINATIONS RECOMMANDES	
	DATE DERNIER RAPPEL		DATE DERNIER RAPPEL
Diphtérie		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,...) ? OUI NON

Si oui lesquelles ?.....

Un PAI est-il en place à l'école ? OUI NON

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),, responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date et signature

Responsable 1 :

Responsable 2 :