

A renvoyer via le portail famille / contactez nous / envoi de documents  
<https://portail.berger-levrault.fr/MairieDeLePoiréSurVie85170>  
**avant le 1er août**

**La fiche sera traitée uniquement si toutes les rubriques sont impérativement renseignées (recto / verso)**

**ECOLE FREQUENTÉE PAR L'ENFANT:**  ECOLE DE L'IDONNIERE  ECOLE DES PENSEES  ECOLE DU CHEMIN DES AMOURS

ANNÉE SCOLAIRE : /

**ENFANT(S) SCOLARISE(S) concerné(s) par l'inscription :**

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
Nom				
Prénom				
Né(e) le	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Classe à la rentrée				

**RESPONSABLES LEGAUX :**

Père  Mère  Autre responsable légal (physique ou moral)

Nom d'usage : ..... Prénom(s) : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal: ..... Commune : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... Numéro de poste : .....

Mail : .....@.....

Père  Mère  Autre responsable légal (physique ou moral)

Nom d'usage : ..... Prénom(s) : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal: ..... Commune : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... Numéro de poste : .....

Mail : .....@.....

Situation familiale des parents:  Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparés  Divorcés  Célibataire  Veuf(ve)

En cas de garde alternée avec répartition de la facturation, chaque parent doit remplir un dossier et préciser les modalités de répartition de la facturation (transmettre calendrier par ex)

En cas de garde exclusive, un document officiel doit être joint à ce dossier

**ALLOCATAIRE :**

**Nom et prénom de l'allocataire :** ..... **N° Allocataire CAF :** .....

• Si vous êtes nouveaux arrivants sur Le Poiré-sur-Vie et que vous n'avez pas encore reçu votre n° d'allocataire pour la CAF de la Vendée, merci de nous joindre l'attestation de votre précédente CAF où figure votre quotient familial.

• Si vous dépendez d'un autre organisme (ex : MSA,...) pour les prestations familiales, merci de joindre impérativement au présent document l'attestation où figure votre quotient familial.

Le tarif est appliqué selon votre quotient familial (le QF pris en compte est celui en vigueur au 1er septembre de l'année en cours) ; l'inscription autorise le service Enfance Jeunesse de la mairie à consulter CAFPRO afin de déterminer le tarif. En l'absence de cette information, le tarif le plus élevé sera appliqué.

**FACTURATION (nom et adresse du redevable légal) :**

M.  Mme  ou M. ou Mme  Nom Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Mode de paiement\* :  Prélèvement\*\*  Chèque  Espèces  Internet  CESU \*\*\*

\* **Pour les parents séparés avec garde alternée**, une facturation spécifique peut s'appliquer (**uniquement si une fiche d'inscription par parent a été transmise au service**)

\*\*joindre un RIB + autorisation de prélèvement pour nouvelle inscription ou changement de coordonnées bancaires

\*\*\* Uniquement pour régler l'accueil périscolaire directement auprès du trésor public

## INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE

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

L'alimentation de votre enfant nécessite t-elle un PAI (Projet d'accueil Individualisé) en cas d'allergie alimentaire par exemple?

OUI     NON

Si oui, merci de contacter le médecin scolaire au 02 51 24 17 10

**PERSONNES HABILITEES (en dehors des parents) A VENIR CHERCHER LE (OU LES) ENFANT(S) A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE**  
**Merci d'indiquer le nom et prénom des mineurs (fraterie par ex) autorisés à venir chercher votre/vos enfant(s)**

Pour les parents séparés : j'autorise le second parent à venir récupérer mon enfant pendant mes semaines de garde.    OUI    NON

NOM: .....	PRENOM: .....
Lien de parenté avec l'enfant: .....	N° téléphone fixe: .....
N° téléphone portable: .....	N° téléphone travail: .....
NOM: .....	PRENOM: .....
Lien de parenté avec l'enfant: .....	N° téléphone fixe: .....
N° téléphone portable: .....	N° téléphone travail: .....
NOM: .....	PRENOM: .....
Lien de parenté avec l'enfant: .....	N° téléphone fixe: .....
N° téléphone portable: .....	N° téléphone travail: .....
NOM: .....	PRENOM: .....
Lien de parenté avec l'enfant: .....	N° téléphone fixe: .....
N° téléphone portable: .....	N° téléphone travail: .....

### DROIT À L'IMAGE

**J'autorise l'exploitation de la photo de mon (mes) enfant(s):**

- Pour une diffusion interne aux familles de l'école  OUI     NON
- Pour une diffusion dans la presse : magazine, journaux...  OUI     NON
- Pour une diffusion en ligne : site internet de la commune, réseaux sociaux...  OUI     NON

*La présente autorisation est consentie à titre gratuit. Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus.*

*Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [communication@lepoiresurvie.fr](mailto:communication@lepoiresurvie.fr)*

### ENGAGEMENT

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant ci-dessus :

- déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- approuvons après en avoir pris connaissance l'ensemble des règlements intérieurs portés à notre connaissance
- demandons l'inscription aux services périscolaires de la commune du Poiré-sur-Vie de notre (nos) enfant(s) selon les modalités définies dans ce document.

En soumettant ou en signant ce document, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées et traitées par la Mairie du Poiré-sur-Vie dans le cadre du traitement de mon dossier et permettent notamment de me recontacter dans le cadre de l'accueil de mon enfant au service scolaire et périscolaire de la ville du Poiré-sur-Vie. Ces données seront conservées pour une durée de 6 ans par le service municipal habilité. (conformément au Règlement Européen de Protection des Données – 2016/79 du 27 avril 2016).

Fait à ....., le ..... / ..... / 20....

Lu et approuvé par (mettre prénoms et noms des parents) :