



Département de la GIRONDE  
Arrondissement de Blaye

**MAIRIE**  
de  
**CUBZAC LES PONTS**  
33240 CUBZAC LES PONTS  
Téléphone : 05 57 43 02 11  
Télécopie : 05 57 43 92 47  
Email : mairie@cubzaclesponts.fr  
Site : www.mairie-cubzaclesponts.com

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2024-2025

# Accueil Périscolaire / Restaurant scolaire

**A retourner impérativement avant**

**Le 14 juin 2024**

### Informations sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

### Responsables légaux (Joindre la photocopie de la carte d'identité)

**Mère** Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  Oui  Non

**Père** Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  Oui  Non

### **Autre responsable légal**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  Oui  Non

## Informations sur le lieu de résidence principal de l'enfant

(en cas de « garde alternée », indiquez le domicile qui définira le périmètre scolaire)

Nom du responsable : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Informations périscolaires

Vous sollicitez une inscription en :  Maternelle  Élémentaire (classe : \_\_\_\_\_)

Services périscolaires envisagés :  Accueil du Matin  Accueil du soir

Restaurant scolaire

Allergies / Maladie \_\_\_\_\_

Régime alimentaire \_\_\_\_\_

(joindre le P.A.I. ou justificatif)

*L'acceptation au restaurant scolaire d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.). Dans ce cas là, prendre contact avec le médecin scolaire dont le nom et les coordonnées vous seront précisés par le Directeur de l'école au moment de l'admission de votre enfant.*

**En cas d'accident grave**, autorisez-vous le personnel périscolaire à prendre des mesures nécessaires et à prévenir les secours :  Oui  Non

**Droit à l'image** : J'autorise la publication des photos de mon enfant prises pendant les temps périscolaires sur le site internet de la Mairie, le facebook de la Mairie, dans le bulletin municipal et dans les articles de presse « liés » à l'école -  Oui  Non

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_ , le représentant légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance des documents liés à l'école, accepte le règlement intérieur et certifie l'exactitude de l'ensemble des renseignements inscrits.

Signature

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

## Informations complémentaires

Le règlement intérieur des services périscolaires est disponible et visible sur le site de la Mairie.

Le dossier « **Demande de Tarifs Dégressifs** » est à retirer à l'accueil de la Mairie et à **rendre avant le 23 août 2024**.

La demande de prélèvement automatique des factures périscolaires est à remplir en Mairie.



Département de la GIRONDE  
Arrondissement de Blaye

**MAIRIE**

de  
**CUBZAC LES PONTS**

33240 CUBZAC LES PONTS  
Téléphone : 05 57 43 02 11  
Télécopie : 05 57 43 92 47

## AUTORISATIONS Accueil Périscolaire

*(Merci de joindre impérativement la photocopie de  
la Carte nationale d'identité)*

### AUTORISATION POUR DÉPART AUTRE QU'AVEC LE RÉPONDANT

Par la présente, j'autorise une autre personne que le répondant à venir chercher mon enfant à l'accueil périscolaire du groupe scolaire Gustave EIFFEL de la commune de Cubzac les Ponts.

J'ai pris connaissance que mon enfant n'est plus sous la responsabilité de la Mairie et des Agents communaux en charge de l'accueil périscolaire du groupe scolaire Gustave EIFFEL de Cubzac les Ponts après son départ.

Nom, Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom des personnes autorisées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait pour faire valoir ce que de droit,

Signature du responsable légal

Date :  
-----

### AUTORISATION POUR LAISSER ARRIVER et/ou PARTIR SEUL L'ENFANT

Par la présente, j'autorise mon enfant à :  arriver seul  partir seul (cocher la ou les cases correspondantes) à l'accueil périscolaire du groupe scolaire Gustave EIFFEL de la commune de Cubzac les Ponts.

J'ai pris connaissance que mon enfant n'est pas sous la responsabilité de la Mairie et des Agents communaux de l'accueil périscolaire du groupe scolaire Gustave EIFFEL de la commune de Cubzac les Ponts, avant son arrivée et après son départ.

Nom, Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Fait pour faire valoir ce que de droit,

Signature du responsable légal

Date :  
-----

### ACCEPTATION

Je soussigné(e).....le représentant légal de l'enfant déclare exacts les renseignements inscrits sur cette fiche.

Fait pour faire valoir ce que de droit,

Signature du responsable légal

Date :