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 2025-2026

Accueil Périscolaire / Restaurant scolaire

A retourner impérativement avant
Le 13 juin 2025

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 renseignement inscrits.

Signature

Fait à _____
Le _____

Informations complémentaires

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

L'attestation de quotient familial (CAF ou MSA) est demandée pour l'application des tarifs périscolaires.

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 EIFEEL 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 :