



**FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES  
PÉRISCOLAIRES INTERCOMMUNEAUX  
Écoles maternelles et primaires de la CdC4B**

**ÉCOLES DE BAINES-STE-RADEGONDE- ANNÉE SCOLAIRE 2024 /2025**

**L'enfant** (à remplir en lettres majuscules)

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
École : ..... Classe : .....  
Enseignant : ..... Sexe : .....  
Date de l'inscription à l' école : ..... / ..... / .....

**Nom et prénom de la personne à facturer** (à remplir en lettres majuscules)

Nom : ..... Prénom : .....

**Services utilisés** (cocher les services que vous décidez d'utiliser)

Garderie :  oui  non

Cantine :  oui  non

**Père** (à remplir en lettres majuscules)

**Autorité parentale**  oui  non

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Profession : ..... Tél professionnel : .....  
Tél domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

**Mère** (à remplir en lettres majuscules)

**Autorité parentale**  oui  non

Nom (de jeune fille) : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Profession : ..... Tél professionnel : .....  
Tél domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

*Tournez la page svp →*

**Autre**

(à remplir en lettres majuscules)

**Autorité parentale** oui  non

Nom (de jeune fille) : ..... Nom d'usage.....

Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession : ..... Tél professionnel : .....

Tél domicile : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

## Autres enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance	Établissement scolaire

**En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.**

Renseignez et cochez les personnes autorisées (autres que les responsables légaux) :

① et / ou à **contacter en cas d'urgence**② à **prendre l'enfant après la classe ou la garderie**

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	①	②

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

N° de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

Nom, adresse et n° du médecin traitant : .....

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :  OUI  NON

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique : .....

Autres informations médicales que vous jugez utiles de renseigner (Allergies, intolérances alimentaires, etc ...)

.....

Je soussigné.....

Responsable légal de l'enfant,.....

- M'engage à honorer les paiements de ces services ;
- M'engage à transmettre immédiatement toute modification de mes coordonnées ou du nom du payeur à la CdC4B ;
- M'engage à ce que mon enfant respecte les règlements des services périscolaires ;
- M'engage à respecter les horaires des services de garderie ;
- Reconnaiss qu'en cas de manquement à ces engagements, mon enfant sera susceptible d'être exclu de la fréquentation des services périscolaires de la CdC4B ;

À ..... le ..... Signature,

**Document à conserver par la famille (merci de ne pas nous redonner ce document)**

**TARIFS DE CANTINE ET DE GARDERIE À COMPTER DU 02 SEPTEMBRE 2024**

**Écoles de Baignes-Sainte-Radegonde**

Faisant suite à la délibération du Conseil Communautaire en date du 29 juin 2023, je vous prie de bien vouloir trouver les tarifs de cantine et de garderie en vigueur à compter du 02 septembre 2024.

		<b>Tarifs</b>
<b>Cantine</b>	Quotient Familial (QF)*	
Tarif enfants au repas***	Tranche 1 (QF<300)	2.00 €
	Tranche 2 (301<QF<650)	3.15 €
	Tranche 3 (QF>651)	3.30 €
<b>Garderie***</b>		0.60 € la demi-heure**

\*Nous vous remercions d'avance de nous fournir une attestation CAF ou MSA de Quotient Familial (récente de moins d'un mois), si celui-ci est inférieur à 651€ (soit pour les tranches 1 et 2)

Ce quotient familial permettra de définir le coût du repas qui vous sera appliqué

A défaut, le prix du repas sera fixé au tarif le plus élevé pour l'année scolaire en vigueur

\*\*Toute demi-heure commencée est due

\*\*\*sous réserve d'un ajustement de tarif

Jacques CHABOT  
Président