INSCRIPTION A LA GARDERIE

GARDERIE DU MATIN	GARDERIE DU SOIR
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

/!\ ATTENTION : Pour les enfants inscrits aux garderies des écoles des Poteries (Noron la Poterie-Le Tronquay), Le Molay Littry, Maisons-Etréham, Ste Marguerite d'Elle-Lison, et ne prenant pas le bus de ramassage scolaire (matin et/ou soir), vous devez quand même l'inscrire sur le site du transport de la Région (https://www.normandie.fr/transport-scolaire) pour obtenir une carte de bus.

INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE

PAUSE MÉRIDIENNE

☐ Repas occasionnels (planning téléchargeable sur le site www.isigny-omaha-intercom.fr à retourner à l'intercom par mail ou par téléphone le 25 du mois précédent au plus tard)

☐ Repas réguliers : préciser les jours :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ mangera le jour de la rentrée

☐ Ne déjeunera pas au restaurant scolaire

RAPPEL : tous repas annulés après le 25 du mois précédent, 2 jours de carence seront facturés

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

Exclusion de certains aliments pour raisons médicales :

NON ☐ OUI ☐ Précisez : .....

Y a-t-il un Projet d'accueil Individualisé (PAI) : NON ☐ OUI ☐

Si oui, transmettre le PAI à la Communauté de Communes

FACTURATION

MODE DE REGLEMENTS

☐ Prélèvement automatique (fournir un RIB)

☐ Autres

En cas de séparation :

Parent(s) ayant la garde de l'enfant : .....

Modalités de facturation : ☐ 100 % ☐ 50 % représentant 1/ 50 % représentant 2

☐ Selon calendrier : .....

Signature du représentant légal 1 : Signature du représentant légal 2 :

Nous, soussignés, avons pris connaissance et acceptons l'intégralité du règlement périscolaire *(téléchargeable sur le site www.isigny-omaha-intercom.fr ou à demander au service périscolaire)*

Fait à ....., le ..... Signature :

Isigny Omaha INTERCOM

Classe fréquentée

En 2022-2023 : .....

DOSSIER PÉRISCOLAIRE 2023-2024

Ce document est à renseigner tous les ans même

si votre enfant ne fréquente pas la cantine, ni la garderie

Dossier à retourner

AU PLUS TÔT :

- **par voie postale à :** Isigny-Omaha-Intercom 1336 Route de Balleroy 14330 LE MOLAY LITTRY
- **ou par mail à** : virginie.lecharpentier@isigny-omaha-intercom.fr
- **ou à déposer** dans les boîtes aux lettres des antennes d'Isigny sur Mer, de Formigny ou du siège du Molay Littry

NOM, Prénom : .....

École : .....

Classe : .....

Personnes à contacter

Sites scolaires : Isigny-sur-Mer, Grandcamp-Maisy, La Cambe, Trévières, Tour en Bessin, Maisons-Etreham, St Marguerite d'Elle-Lison, Cormolain, St Paul du Vernay, Noron la Poterie-Le Tronquay	Sites scolaires : Le Molay-Littry, Balleroy sur Drôme
ISIGNY-OMAHA INTERCOM **Formigny la Bataille** **Du Lundi au Vendredi** **de 9h à 12h30 et de 14h à 17h** **Tél : 02.31.92.68.69** **mail : virginie.lecharpentier@isigny-omaha-intercom.fr**	**ISIGNY-OMAHA INTERCOM** **Le Molay Littry** **Le Lundi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30** **Tél : 02.31.16.58.95** **mail : jessy.marguerie@isigny-omaha-intercom.fr**

ENFANT

NOM, Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

.....

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

NOM, Prénom :	NOM, Prénom : .....
Qualité :	Qualité : .....
Situation familiale :	Situation familiale : .....
Adresse :	Adresse : .....
.....	.....
Tél. domicile :	Tél. domicile : .....
Tél. portable :	Tél. portable : .....
Courriel :	Courriel : .....
Profession :	Profession : .....
Employeur :	Employeur : .....
Tél. professionnel :	Tél. professionnel : .....
Caisse allocataire : ☐ CAF ☐ MSA	Caisse allocataire : ☐ CAF ☐ MSA
☐ Autres :	☐ Autres : .....
N° allocataire :	N° allocataire : .....

AUTRES PERSONNES A CONTACTER OU AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM, Prénom : ..... Sexe : F / M

1) <u>RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS</u> *(l'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,, traitement médical, etc…) :*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2) NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

3) Pour des raisons médicales, l'enfant doit-il faire l'objet du projet d'accueil individualisé (PAI) ? *(ce PAI doit être mis en place , validé par le médecin scolaire et transmis à nos services)*

NON ☐ OUI ☐ Précisez : .....

4) ASSURANCE EXTRASCOLAIRE :

Compagnie : ..... N° de police : .....

Je soussigné(e), ..., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineur à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : ..... Signature(s) :