

## INSCRIPTION A LA GARDERIE

### GARDERIE DU MATIN

OUI  NON

### GARDERIE DU SOIR

OUI  NON

**⚠ ATTENTION :** Pour les enfants inscrits aux garderies des écoles Le Molay Littry, 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](http://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

**Les tarifs « cantine » étant basés sur le quotient familial, merci de nous fournir votre attestation CAF/MSA du mois de MAI 2024. Une nouvelle attestation sera réclamée au mois de janvier 2025.**

### 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 \[www.isigny-omaha-intercom.fr\]\(http://www.isigny-omaha-intercom.fr\) ou à demander au service périscolaire](#))**

Fait à ....., le .....

Signature :



Classe fréquentée

En 2023-2024 : .....

## DOSSIER PÉRISCOLAIRE 2024-2025

**Ce document est à renseigner tous les ans même si votre enfant ne fréquente pas la cantine, ni la garderie**

### Dossier à retourner

**pour le 28 juin 2024 (dernier délai) :**

- **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](mailto: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 en 2024-2025 :** .....

## Personnes à contacter

Sites scolaires : Isigny-sur-Mer,  
Grandcamp-Maisy, La Cambe, Trévières,  
Tour en Bessin, St Marguerite d'Elle-Lison,  
Cormolain, St Paul du Vernay, 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](mailto: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](mailto: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

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) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (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) :