

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 MÉRIDIANNE

- 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

Les tarifs « cantine » étant basés sur le quotient familial, merci de nous fournir votre attestation CAF/MSA du mois de MAI 2025. Une nouvelle attestation sera réclamée au mois de janvier 2026.

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 :



DOSSIER PÉRISCOLAIRE 2025-2026

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 en Sept 2025 :

Personnes à contacter

Sites scolaires : Isigny-sur-Mer,
Grandcamp-Maisy, La Cambe, Trévières,
Tour en Bessin, St Marguerite d'Elle-Lison,
Cormolain, Saint 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

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

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 :

ENFANT

NOM, Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Adresse :

.....

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

NOM, Prénom : Qualité : Situation familiale : Adresse : Tél. domicile : Tél. portable : Courriel : Profession : Employeur : Tél. professionnel : Caisse allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres : N° allocataire :	NOM, Prénom : Qualité : Situation familiale : Adresse : Tél. domicile : Tél. portable : Courriel : Profession : Employeur : Tél. professionnel : Caisse allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres : 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) :