



**FORMULAIRE UNIQUE D'INSCRIPTION
RESTAURATION SCOLAIRE – PERISCOLAIRE
Année scolaire 2020-2021**

Numéro du foyer : _____
A renseigner si vous le connaissez

Réservé à l'Administration

Code enfant : _____

Date : _____

Lieu / Agent : _____ / _____

Plateforme Familles
04 76 76 38 38 (8h-14h)
kiosque@grenoble.fr

A DEPOSER DANS UNE MAISON DES HABITANTS
Un avis de dépôt vous sera remis par l'agent.

ATTENTION – tout dossier déposé après le jeudi 20 août midi ne garantit pas un accueil à la restauration scolaire et au périscolaire à la rentrée.

Une confirmation vous sera transmise après traitement du dossier précisant la date d'accueil de votre enfant. L'envoi par mail n'est pas autorisé, si vous souhaitez une procédure dématérialisée, vous devez faire l'inscription sur votre espace personnel kiosque (date limite jeudi 27 août midi pour restauration du 01/09/20).

Informations sur l'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | | Sexe : Masculin Féminin

Ecole fréquentée 2020-2021 : _____ Section : _____

Projet d'Accompagnement Individualisé : temps scolaire repas scolaire Allergie alimentaire sans PAI
Vous devez prendre contact avec la santé scolaire (04 76 03 43 23 – sante.scolaire@grenoble.fr pour la prise en compte des problèmes de santé de votre enfant.

Si votre enfant est en **situation de handicap**, percevez-vous l'AAEH ? oui, non

Droit à l'image : j'autorise les prises de vues de mon enfant et leur utilisation par la Ville de Grenoble oui non

A partir du CP uniquement : j'autorise mon enfant à partir seul le soir oui, non

Coordonnées de la famille

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom et prénom		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé.e <input type="checkbox"/> Veuf.ve	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé.e <input type="checkbox"/> Veuf.ve
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres :
Adresse		
Téléphone portable		
<i>Des informations pourront être transmises par SMS (info grève)</i>		
Téléphone fixe		
Adresse mail		
<i>Des informations pourront être envoyées mail (menus, activités, grève, factures ...)</i>		
Organisme de Prestations Familiales	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA N° d'allocataire :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA N° d'allocataire :
Envoi des factures <i>Un seul choix possible</i>	<input type="checkbox"/> Mail avec paiement en ligne obligatoire <input type="checkbox"/> Courrier	

Documents à transmettre

- Ce formulaire signé
- L'attestation de quotient familial - CAF ou MSA (ou le dernier avis d'imposition de l'ensemble des membres du foyer si vous n'êtes pas allocataire), sinon c'est le tarif maximum qui sera appliqué.
- Cas Particuliers** : Si vous ne résidez pas sur la commune, vous pouvez, éventuellement, bénéficier du tarif Grenoblois en fournissant le justificatif correspondant aux situations ci-dessous :
 ULIS UPE2A CHAM Un parent grenoblois Employé(e) MAIRIE ou CCAS

Rappel de l'enfant concerné : Nom : _____ Prénom : _____

ABONNEMENT A LA RESTAURATION SCOLAIRE

DATE DE DEBUT SOUHAITEE : _____

Type de REPAS (un seul choix possible) :

- Classique Sans PORC Sans VIANDE Panier Repas (uniquement si un PAI a été validé par la santé scolaire)

Type d'ABONNEMENT:

STANDARD-REGULIER ☞ indiquez obligatoirement les jours que vous souhaitez commander pour l'année scolaire.

- lundi mardi jeudi vendredi

STANDARD-OCCASIONNEL ☞ Vous commanderez les repas selon vos besoins.

PRÉPAIEMENT ☞ Vous achetez les repas, à l'avance, auprès d'une Maison Des Habitants (obligatoire si vous êtes hébergé par un personne physique ou un organisme ou sur décision de la Plateforme des Familles en cas d'impayés)

Nom de la personne qui prendra en charge les factures :

En cas de souhait de facturation alternée, remplir le formulaire spécial facturation alternée

ABONNEMENT AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

DATE DE DEBUT SOUHAITEE : _____

☞ Indiquez obligatoirement les jours de fréquentation de votre enfant.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Accueil du matin (gratuit)					
Accueil du midi (gratuit)					
Accueil du soir (un seul choix possible) <input type="checkbox"/> 1 soir (gratuit) <input type="checkbox"/> 2 soirs (gratuit) <input type="checkbox"/> 3 soirs (payant) <input type="checkbox"/> 4 soirs (payant)	<input type="checkbox"/> Animation ou <input type="checkbox"/> Aide aux leçons (à partir du CP)	<input type="checkbox"/> Animation ou <input type="checkbox"/> Aide aux leçons (à partir du CP)		<input type="checkbox"/> Animation ou <input type="checkbox"/> Aide aux leçons (à partir du CP)	<input type="checkbox"/> Animation ou <input type="checkbox"/> Aide aux leçons (à partir du CP)

Nom de la personne qui prendra en charge les factures :

En cas de souhait de facturation alternée, remplir le formulaire spécial facturation alternée

Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant

Nom	Prénom	N° de téléphone	Date de naissance	A contacter en cas d'urgence	Autorisée à venir chercher l'enfant

Je soussigné(e) _____,

certifie l'exactitude des informations fournies,

m'engage à prendre en charge les frais et à transmettre toute modification de situation (allergies, adresse, départ de l'école...) à la Plateforme Familles dans les plus brefs délais.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement disponible sur l'Espace Kiosque, www.grenoble.fr et dans les Maisons Des Habitants

Date : _____ Signature :