

SERVICES PERISCOLAIRES

Tél. : 04 50 62 06 78

e-mail : cantinegarderie@cuvat.fr

**DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE
RESTAURATION SCOLAIRE/GARDERIE
ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**

(à retourner par mail au service périscolaire ou dans la boîte aux lettres de la mairie
au plus tard le 19 juin 2026)

RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
Père* ☐ mère* ☐ Autre* ☐ (préciser) : Nom : Prénom : Date/lieu de naissance : N° CAF : Quotient Familial :	Père* ☐ mère* ☐ Autre* ☐ (préciser) : Nom : Prénom : Date/lieu de naissance : N° CAF : Quotient Familial :
ADRESSE POSTALE facturation* ☐	(si différente) : facturation* ☐
EMAIL obligatoire pour effectuer les réservations@.....	EMAIL@.....
Tél. domicile : / / / Tél. portable : / / /	Tél. domicile : / / / (si différent responsable 1) Tél. portable : / / /
EMPLOYEUR	EMPLOYEUR
Nom : Tél. bureau : / / / Tél. employeur : / / /	Nom : Tél. bureau : / / / Tél. employeur : / / /

- Déclare(nt) avoir pris connaissance et approuvé le Règlement unique Cantine Scolaire/Garderie Périscolaire 2026/2027, disponible en mairie ou consultable sur le site internet (cuvat.fr), et s'engage(nt) à respecter ce règlement. Il appartient aux parents d'informer et d'expliquer à leur(s) enfant(s) les règles de bonne conduite en collectivité, ainsi que le respect dû aux camarades et au personnel municipal.

Des photos des enfants pourront éventuellement être prises et publiées dans le cadre du bulletin municipal et/ou du site internet de Cuvat.

Acceptez-vous que votre enfant soit pris en photo ? Oui ☐ Non ☐

- Demande(nt) l'inscription du ou des enfants suivants pour l'année scolaire 2026/2027 :

NOM	PRENOM	NE(E) LE	Garçon*	Fille*	CLASSE	INSCRIPTION		PAI**	
						CANTINE*	GARDERIE*	OUI	NON

Date :

Signatures :

(*cases à cocher)

(** PAI : Projet d'Accueil Individualisé mis en place avec l'école, le médecin scolaire, la cantine)



NOM / PRENOM ENFANT	Mise en place PAI		CANTINE REGIME SPECIAL	PROBLEME MEDICAL NECESSITANT UN TRAITEMENT (TDAH, Autisme, etc.)
	Allergie(s)	Traitement(s)		
			☐ Menu sans porc ☐ Menu végétarien ☐ Panier repas si PAI*	
			☐ Menu sans porc ☐ Menu végétarien ☐ Panier repas si PAI*	
			☐ Menu sans porc ☐ Menu végétarien ☐ Panier repas si PAI*	

AUTORISATION : Indiquez dans le tableau ci-dessous la (les) personne(s) autres que les parents à contacter en cas d'urgence, et/ou autorisée(s) à prendre votre (vos) enfant(s)

NOM/PRÉNOM DES ENFANTS	NOM/PRENOM/ADRESSE (PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS)	TÉLÉPHONE	A contacter en cas d'urgence	Autorisée à prendre l'enfant
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Assurance scolaire (Organisme/N° d'adhérent) ☐ **Attestation d'assurance jointe au dossier d'inscription**

Je soussigné(e) M./Mme demande qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires à son/leurs état(s) (intervention chirurgicale, hospitalisation, anesthésie ou autres) soient donnés à mon/mes enfant(s) (noms/prénoms) :

Fait à Cuvat le :/...../2026

Signature père/mère :

« Les informations recueillies par le biais de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé, indispensable à l'organisation des services cantine/garderie, à l'établissement des listes des enfants, à la sécurité de l'enfant, à la facturation des repas cantine et des présences garderie. Ces données sont strictement réservées aux besoins des services périscolaires et à ceux des services de recouvrement. Les données sont conservées sous format papier et informatique pendant 6 mois après la fin de l'année scolaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation au traitement et d'effacement. Pour en savoir plus sur l'utilisation de vos données et sur vos droits issus de la Loi Informatique et Libertés ainsi que du RGPD, veuillez consulter notre politique de protection des données ou contacter notre DPO à l'adresse suivante : contact@cuvat.fr ».