



DOSSIER UNIQUE

ANNUEL

SI FREQUENTATION DU CENTRE DE LOISIRS POUR LA PREMIERE FOIS, REMPLIR LE DOSSIER ET LE TRANSMETTRE PAR MAIL ENTRE LE 1ER ET LE 30 AVRIL 2025

2025-2026

m.labainville@magny-en-vexin.fr

SI RENOUVELLEMENT, FAIRE L A MISE A JOUR SUR LE PO RTAIL FAMILLE DU 1ER AU 30 AVRIL

ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES (VACANCES, MERCREDIS)

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (MATIN, SOIR)

POUR
LA 1ERE
INSCRIPTION À LA
CANTINE ET/OU L'ÉTUDE,
RETOURNER LE DOSSIER
PAR EMAIL À
m.labainville@magny-en-vexin.fr

AVANT LE 2 JUIN

ÉTUDE
RESTAURANT SCOLAIRE

Pour tous renseignements:

01 34 67 03 28

PERSONNE REDEVABLE*:
NOMS, PRÉNOMS ENFANTS :

PREMIÈRE INSCRIPTION

*Personne qui règle les factures

MERCI D'ÉCRIRE EN CAPITALES ET LISIBLEMENT

FICHE FAMILLE

Informations à renseigner obligatoirement

EE REST STORAGE EEGAE ACTO	RITE PARENTALE GOT O NON O
O Père O Mère O Tute	our (trice) Date de naissance ://
	Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire
	Prénom :
Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) :	Nom: Prénom:
Adresse : N° Rue :	Bât. : App. :
Code Postal : Commune :	
Profession:	Employeur :
Tél. fixe : Té	l. portable : Tél. pro. :
Courriel :	
J'autorise l'envoi de courriels : O Oui O Non	J'autorise l'envoi de SMS : 🔘 Oui 🔘 Non
N° Sécurité sociale :	
N° Allocataire : O CAF O MSA O Autres	
LE RESPONSABLE LÉGAL 2 AUTO	RITÉ PARENTALE OUI O NON O
O Père O Mère O Tute	ur (trice) Date de naissance ://
Marié(e) Union libre Pacsé(e)	Veuf(ve) Divorcé(e) O Séparé(e) Célibataire
Nom:	Prénom :
Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) :	Nom : Prénom :
Adresse : N° Rue :	Bât. : App. :
Code Postal : Commune :	
Profession:	Employeur :
Tél. fixe : Té	l. portable : Tél. pro. :
Courriel:	
J'autorise l'envoi de courriels : O Oui O Non	J'autorise l'envoi de SMS : 🔘 Oui 🔘 Non
N° Sécurité sociale :	
N° Allocataire : O CAF O MSA O Autres	
LA SITUATION FAMILIALE	
	bituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :
Responsable légal 1 Responsable légal 2	
OGarde alternée, merci de préciser le rythme : .	
Pour toute cituation particulière (garde autorité parentale e	ets V précentation du lugement du Tribunal, marci d'an igindre un exemplaire à ce descie

	CONTACTS							
Veuillez indiquer ci-dessous les personnes habilitées à venir chercher l'enfant et/ou à être prévenues en cas d'accident, sur présentation de la carte d'identité (Les responsables légaux ne doivent pas être mentionnés ici).								
	•	Tél.pro.:						
Personne 2 : Nom :	Prénom :	Lien de parenté :						
	•	Tél.pro. :						
Personne 3 : Nom :	Prénom :	Lien de parenté :						
Tél fixe:T	Tél. portable :	Tél.pro.:						
O habilité à prendre l'enfant	O habilité à intervenir en urgence	Lien de parenté :						
		Tél.pro.:						
		Lien de parenté :						
Autorise Nigutor	DROIT À L'IMAG	photographier/filmer mon enfant						
dans le cadre des activités. C		soient utilisées en interne ou à l'ex-						
Torrour (Styronian,)	10, ballotin maino-par,							
	PDÉLÈVEMENT ALITON	MATTOUE						
	PRÉLÈVEMENT AUTO	-						
SI L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEN DEMANDE DE VOTRE PART.	MENT EST DÉJÀ MISE EN PLACE, LE REN	OUVELLEMENT EST AUTOMATIQUE, SAUF						
DEMANDE DE VOTRE PART.								
DEMANDE DE VOTRE PART. Pour les activités le permettal	MENT EST DÉJÀ MISE EN PLACE, LE REN nt, je souhaite payer par prélèvemen I.B. et le formulaire SEPA ci-joint	nt automatique : O Oui Non						
DEMANDE DE VOTRE PART. Pour les activités le permettal	nt, je souhaite payer par prélèvemen I.B. et le formulaire SEPA ci-joint	nt automatique : O Oui Non						
DEMANDE DE VOTRE PART. Pour les activités le permettai Si oui, merci de joindre un R.:	nt, je souhaite payer par prélèvemeı	nt automatique : O Oui Non						
Pour les activités le permettai Si oui, merci de joindre un R.	nt, je souhaite payer par prélèvemen I.B. et le formulaire SEPA ci-joint ATTESTATION	nt automatique : O Oui Non						
Pour les activités le permettai Si oui, merci de joindre un R.: Je soussigné(e), Père Mère Tu- Atteste avoir pris connaiss	nt, je souhaite payer par prélèvement.B. et le formulaire SEPA ci-joint ATTESTATION uteur (trice) de l'enfant :	nt automatique : Oui Non dûment rempli.						
Pour les activités le permettai Si oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e),	nt, je souhaite payer par prélèvement.B. et le formulaire SEPA ci-joint ATTESTATION uteur (trice) de l'enfant :	nt automatique : Oui Non dûment rempli.						
Pour les activités le permettai Si oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e),	nt, je souhaite payer par prélèvement.B. et le formulaire SEPA ci-joint ATTESTATION Auteur (trice) de l'enfant :	conditions bant à notre famille dans les délais						
Pour les activités le permettai Si oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e),	nt, je souhaite payer par prélèvement.B. et le formulaire SEPA ci-joint ATTESTATION Auteur (trice) de l'enfant :	nt automatique : Oui Non dûment rempli.						
Pour les activités le permettais oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e), Père Mère Tu- Atteste avoir pris connaiss - M'engage à régler à la Ville exigés - Certifie que les renseigne sanitaire de liaison) - M'engage à respecter le n	ATTESTATION ATTESTATION ATTESTATION Tuteur (trice) de l'enfant :	conditions bant à notre famille dans les délais n sont exacts (autorisations, fiche able sur www.magny-en-vexin.fr et						
Pour les activités le permettais oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e),	nt, je souhaite payer par prélèvement. B. et le formulaire SEPA ci-joint ATTESTATION ATTESTATION uteur (trice) de l'enfant :	conditions bant à notre famille dans les délais a sont exacts (autorisations, fiche able sur www.magny-en-vexin.fr et rie)						
Pour les activités le permettais oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e), Père Mère To Atteste avoir pris connaiss - M'engage à régler à la Ville exigés - Certifie que les renseigne sanitaire de liaison) - M'engage à respecter le ronsultable dans les différer - Déclare exacts les renseignes renseignes anitaire de liaison)	ATTESTATION ATTESTATION ATTESTATION AUTEUR (trice) de l'enfant :	conditions bant à notre famille dans les délais n sont exacts (autorisations, fiche able sur www.magny-en-vexin.fr et rie) autorise le responsable à prendre,						
Pour les activités le permettais oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e),	ATTESTATION ATTES	conditions bant à notre famille dans les délais n sont exacts (autorisations, fiche able sur www.magny-en-vexin.fr et rie) autorise le responsable à prendre, alisation, intervention chirurgicale) u médecin si son état le permet à le						
Pour les activités le permettais oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e), Père Mère To To - Atteste avoir pris connaiss - M'engage à régler à la Ville exigés - Certifie que les renseigne sanitaire de liaison) - M'engage à respecter le ronsultable dans les différer - Déclare exacts les renseigle cas échéant, toutes mes rendues nécessaires par l'éto ramener dans la structure, o	ATTESTATION ATTESTATION ATTESTATION ATTESTATION AUTEUR (trice) de l'enfant: Cance des diverses informations et de Magny en Vexin les frais income ements fournis lors de l'inscription règlement en vigueur (téléchargementes structures d'accueil et en main gnements portés sur ce dossier et sures (traitement médical, hospital et de l'enfant. Après appréciation de l'inscription de l'enfant et	conditions bant à notre famille dans les délais n sont exacts (autorisations, fiche able sur www.magny-en-vexin.fr et rie) autorise le responsable à prendre, alisation, intervention chirurgicale) u médecin si son état le permet à le d'un encadrant.						
Pour les activités le permettais oui, merci de joindre un R. Je soussigné(e), Père Mère To To - Atteste avoir pris connaiss - M'engage à régler à la Ville exigés - Certifie que les renseigne sanitaire de liaison) - M'engage à respecter le ronsultable dans les différer - Déclare exacts les renseigle cas échéant, toutes mes rendues nécessaires par l'éto ramener dans la structure, o	ATTESTATION ATTES	conditions bant à notre famille dans les délais n sont exacts (autorisations, fiche able sur www.magny-en-vexin.fr et rie) autorise le responsable à prendre, alisation, intervention chirurgicale) u médecin si son état le permet à le d'un encadrant.						

JUSTIFICATIFS

PHOTOCOPIES DES JUSTIFICATIFS À COMMUNIQUER CHAQUE ANNÉE:

- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année 2025/2026
- Ocopie de la page vaccination du carnet de santé de l'enfant
- Justificatif de domicile de moins de trois mois
- Attestation employeur des deux parents ou le dernier bulletin de salaire.

Tout justificatif non fourni empêchera la validation du dossier.

FACTURATION

Une facturation unique pour la restauration scolaire, l'étude, les activités extrascolaires* (Vacances, mercredis), les activités périscolaires* (matin, soir) sera établie mensuellement à terme échu et détaillera les présences de l'enfant.

(*)ALSH «Les Écureuils»



SEUL UN DOSSIER COMPLET SERA ACCEPTÉ ET ENREGISTRÉ.

MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES ET LISIBLEMENT

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS: TEL. 01 34 67 03 28

RÈGLEMENT

LE PAIEMENT SE FAIT:

- Par carte bancaire sur le Portail Famille
- Par prélèvement automatique : le formulaire joint (autorisation de prélèvements SEPA) est à compléter et à nous retourner dans les plus brefs délais, accompagné d'un RIB (Relevé d'Identité Bancaire).

SI L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT EST DÉJÀ MISE EN PLACE, LE RENOUVELLEMENT EST AUTOMATIQUE, SAUF DEMANDE DE VOTRE PART.

À défaut de paiement à la date limite figurant sur la facture, les démarches nécessaires au recouvrement seront confiées au Trésor Public.

POLITIQUE TARIFAIRE ET QUOTIENT

La participation financière des familles magnytoises au coût de ces diverses prestations est soumise au quotient familial. Aussi, pour bénéficier d'un tarif adapté à vos ressources et à votre situation, vous devez faire calculer, chaque année, votre quotient familial, en mairie ou par mail : s.krajci@magny-en-vexin.fr

Afin de calculer le quotient familial déterminant les tarifications (valable du 1er septembre au 31 août), il est nécessaire de fournir avant le 15 septembre l'avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 et les photocopies de :

O l'avis d'imposition (de M. et Mme dans le cas d'un couple non marié vivant maritalement ou jugement du tribunal en cas de séparation),

de l'attestation de paiement de la CAF

À défaut de recevoir ces pièces dans les délais indiqués, ou si vous ne souhaitez pas donner les informations nécessaires pour déterminer votre quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué. Toute modification survenue dans la situation personnelle de la famille durant l'année scolaire doit être signalée au service facturation et pourra donner lieu à une nouvelle tarification.

Dès le début du mois d'octobre (facturation du mois de septembre, les factures mensuelles seront accessibles sur le Portail Famille, pour : la restauration scolaire, l'étude, les activités extrascolaires* (vacances, mercredis), les activités périscolaires* (matin, soir).

(*)ALSH «Les Écureuils»

DOCUMENTS À RENVOYER À : s.krajci@magny-en-vexin.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :			
Type de Comulai			
. I po do ociticat.			

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Service de l'Enfance de Magny en Vexin à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Service de l'enfance de Magny en Vexin.

votre compte conformément aux instructions du Service de l'enfance de Magny en Vexin.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR40ZZZ514457

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : SERVICE DE L'ENFANCE DE MAGNY EN VEXIN
Adresse:	Adresse : 20 RUE DE CROSNE
Code postal : Ville :	Code postal : 95420 Ville : MAGNY EN VEXIN
Pays:	Pays :

Pays:	Pays :
DESIGNATION DU	COMPTE A DEBITER
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y	× ····
Signé à : Le (JJ/MM/AAAA) :	Signature :
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE ET LE CAS ECHEANT) : Nom du tiers débiteur :	E PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME

r:

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel:

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Service de l'Enfance de Magny en Vexin. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le Service de l'Enfance de Magny en Vexin

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

FICHE ENFANT

						premiei	re page.
Vom :	•••••	•••••	Pr	·énom :			
Adresse:	,	,					•••••
O Fille O Garçon	Date de nais:	sance : .	/	/Lieu de r	naissanc	e:	
, tablissement scolai	ire fréquenté	(2025/2	2026) :				•••••
Classe :	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
ET	CHE CANIT	TATD	ENELTAT	SON OBLIG	ATOT	DF*	1
	CHE SAINI	LIVIK	L DL LIAI	3011 0000	/(101		1
1 - VACCINATIO	ONS						
Vaccins	Oui	Non	Dates	Vaccins	Oui	Non	Dates
Diphtérie	3 4.	7 (011	04.00	B.C.G			
Tétanos *				Rubéole - Oreillons -			
Poliomyélite	+			Rougeole Autres	+		
* Attention : Aucune contro		 vaccin antit	tétanique.	7.411.00			
2 - RENSEIGNE							
Si au moins l'une des qu'après la signatur contacter votre mé	re d'un Protoco édecin traitan	ole d'Acc t ou le m	cueil Individua nédecin scolair	lisé (PAI) pour l'ai re, afin qu'il puisse	nnée sc e vous c	olaire. V conseille	/ous deve er dans le
démarches qui pern extrascolaires.	nettront son a	iccueil à l	la cantine, à l'é	itudes et dans les	activité	žs pėris	colaires e
Attention : Aucn médican	nent ne sera donné	à votre en	fant, s'il n'est pas	prévu dans un PAI.			
L'ENFANT A-T-IL	DÉJÀ EU LES	MALAD	IES SUIVAN	TES ? (cochez les	cases u	tiles)	
RUBÉOLE O VAR	ICELLEO AN	NGINEC	SCARLATIN	1EO COQUELUCI	HEO (OTITE)
ROUGEOLE OR	EILLONS	RHI	JMATISME A	RTICULAIRE AIG	J U 🔘		
RECOMMANDATIO	ONS LITTLES	DES PA	DENITS				
VOTRE ENFANT AUDITIVES, DES I DENT, ALLERGIES, PRÉCISEZ-NOUS L	PORTE-T-IL PROTHÈSES (CRISES CON'	L DES DENTAIN VULSIVE	LENTILLES, RES, ETC DI ES,HOSPITAL	FFICULTÉS DE S	ANTÉ (MALAD	IE, ACCI
				Décla	ire exacts c	es renseign:	ements et aut
				rise le rendu Après	e responsab ues nécessai s appréciatio	le à prendre ires par l'é on du médec	toutes mesur tat de l'enfar cin si son état structure, où
				· ·			e d'un encadran
					e : / iture du resp	/ oonsable légo	al :

FICHE ENFANT

						premiei	re page.
Vom :		•••••	Pr	·énom :		•••••	•••••
Adresse:	•••••				•••••		
🔘 Fille 🔘 Garçon	Date de nais:	sance : .	/	/Lieu de 1	naissanc	e:	,
Tablissement scolai	re fréquenté	(2025/2	2026) :		•••••		•••••
Classe :		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••
ET/	THE CANI	TATD	ENELTAT	SON OBLIG	ATOT	DF*	1
110	ILI DUINI	LIVIK	L OL LIMI	3014 00010	/\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		ł
1 - VACCINATIO)NS						
Vaccins	Oui	Non	Dates	Vaccins	Oui	Non	Dates
Diphtérie		7 (011	34.33	B. <i>C.G</i>		1 1011	
Tétanos *				Rubéole - Oreillons -	+		
Poliomyélite				Rougeole Autres			
* Attention : Aucune contre	L -indication pour le	 vaccin antit		7.411.65			
2 - RENSEIGNEM							
Si au moins l'une des qu'après la signatur contacter votre mé démarches qui perm extrascolaires.	e d'un Protoc decin traitan	ole d'Acc t ou le m	cueil Individua nédecin scolai	llisé (PAI) pour l'a re, afin qu'il puiss	nnée sc e vous (olaire. V conseille	/ous deve :r dans le
Attention : Aucn médicam	ent ne sera donné	à votre en	ıfant, s'il n'est pas	; prévu dans un PAI.			
L'ENFANT A-T-IL [DÉJÀ EU LES	MALAD	IES SUIVAN	TES ? (cochez les	cases u	tiles)	
RUBÉOLE VAR	CELLEO AN	NGINEC	SCARLATIN	NEO COQUELUC	HEO ()TITE	
ROUGEOLE O ORE	EILLONS	RHI	JMATISME A	RTICULAIRE AIG	3UO		
RECOMMANDATIO		NEC DA	DENITE				
VOTRE ENFANT AUDITIVES, DES P DENT, ALLERGIES, PRÉCISEZ-NOUS L	PORTE-T-IL PROTHÈSES I CRISES CON'	L DES DENTAIN VULSIVE	LENTILLES, RES, ETC DI ES,HOSPITAL	FFICULTÉS DE S	ANTÉ (MALAD	IE, ACCI
				rise l rendo	le responsab	le à prendre ires par l'é on du médec	ements et aut toutes mesur tat de l'enfar in si son état

FICHE ENFANT

						premièn	' '
Nom:							
Adresse: Sille OGarçon Da					naissanc	e :	
tablissement scolaire							
Classe :	•	•	•		•••••		••••••
FICH	IE SANI	ITAIR	E DE LIAI	SON OBLIG	ATOI	RE*	
1 - VACCINATION	5						
Vaccins	Oui	Non	Dates	Vaccins	Oui	Non	Dates
Diphtérie				B.C.G Rubéole - Oreillons -	<u> </u>		
Tétanos *				Rubeole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				Autres			
* Attention : Aucune contre-inc	lication pour le	. vaccin antit	etanique.				
Si au moins l'une des co qu'après la signature o contacter votre méde démarches qui permet extrascolaires.	d'un Protoc cin traitan	ole d'Acc it ou le m	cueil Individua nédecin scolair	lisé (PAI) pour l'a re, afin qu'il puiss	nnée sco e vous c	olaire. V conseille	ous deve
Attention : Aucn médicament					activité	es peris	
,			•	prévu dans un PAI.		·	
L'ENFANT A-T-IL DÉ	JÀ EU LES	MALAD	IES SUIVAN	s <mark>prévu dans un PAI</mark> . TES ? (cochez les	cases ut	tiles)	colaires e
L'ENFANT A-T-IL DÉ. RUBÉOLE O VARICE	JÀ EU LES	MALAD	IES SUIVAN	s <mark>prévu dans un PAI</mark> . TES ? (cochez les	cases ut	tiles)	colaires e
	JÀ EU LES ELLEO AN	MALAD NGINEC	IES SUIVAN SCARLATIN	s <mark>prévu dans un PAI</mark> . TES ? (cochez les	cases ut	tiles)	colaires e
RUBÉOLEO VARICE	JÀ EU LES ELLEO AN LONSO S UTILES ORTE-T-II OTHÈSES I ISES CON	MALAD NGINEC RHU DES PA L DES DENTAIN VULSIVE	IES SUIVAN SCARLATIN JMATISME A RENTS LENTILLES, RES, ETC DI ES,HOSPITAL	prévu dans un PAI. TES ? (cochez les NE COQUELUC RTICULAIRE AIG DES LUNETT FFICULTÉS DE S	cases ut HEO C GUO TES, DI	tiles) OTITEC ES PR MALAD	OTHÈSE IE, ACCI

FICHE ENFANT

						premiè	re page.
Nom :	•••••	•••••	Pr	rénom :	••••••		
Adresse:							
◯ Fille ◯ Garçon	Date de nais:	sance :	/	/ Lieu de	naissanc	:e:	•••••
tablissement scolai	re fréquenté	(2025/2	2026):		•••••	•••••	•••••
Classe:							
_							
FIG	CHE SANI	TAIR	F DE LIAI	SON OBLIG	ATOI	RE*	
							,
1 - VACCINATIO)NS						
Vaccins	Oui	Non	Dates	Vaccins	Oui	Non	Dates
Diphtérie				B.C.G			
Tétanos *				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				Autres			
* Attention : Aucune contre	-indication pour le	vaccin antit	tétanique.			-	
Si au moins l'une des qu'après la signatur contacter votre mé démarches qui perm extrascolaires.	e d'un Protoco decin traitan	ole d'Acc t ou le n	cueil Individua nédecin scolai	<mark>llisé (PAI)</mark> pour l'o re, afin qu'il puis:	année sc se vous c	olaire. V conseille	/ous deve er dans l
Attention : Aucn médicam	ent ne sera donné	à votre en	ıfant, s'il n'est pas	s prévu dans un PAI.			
L'ENFANT A-T-IL (DÉJÀ EU LES	MALAD	IES SUIVAN	TES ? (cochez les	cases u	tiles)	
RUBÉOLEO VAR	ICELLEO AN	NGINEC	SCARLATIN	NEO COQUELUC	CHEO C)TITE)
ROUGEOLE OR	EILLONS	RHI	JMATISME A	RTICULAIRE AI	GUO		
RECOMMANDATION VOTRE ENFANT AUDITIVES, DES PENT, ALLERGIES, PRÉCISEZ-NOUS L	PORTE-T-IL PROTHÈSES (CRISES CON'	L DES DENTAII VULSIVE	LENTILLES, RES, ETC DI ES,HOSPITAL	FFICULTÉS DE S LISATION, OPÉR Déc rise renc Apr peri	SANTÉ (ATION, l lare exacts c le responsab dues nécessai ès appréciation met à le rame	MALAD RÉÉDUC ces renseign le à prendre ires par l'é on du médec ener dans la	IE, ACC
				Fait	a placé sous la · le : / nature du resp	/	

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE





Attention ! Cette inscription vous engage : une facturation serc choix. Les parents ont la possibilité de choisir le(s) jour(s) de	
restaurant scolaire.	·
Nom-Prénom :	/ /
PAI(*) : Oui Non Non Régime alimentaire particulier :	
Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration sce En cas d'absence, vous êtes priés de prévenir impérativement : - Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire de aurant scolaire Jean Moulin 06 37 44 60 82	•
Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O	
Occasionnellement (réservation la veille avant 10h, et le vendre - Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire de Restaurant scolaire : Jean Moulin 06 37 44 60 82	l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03 -
En cas de garde alternée, les factures doivent être adressé Responsable légal 1 Responsable légal 2 Selor	
(*) En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra être qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé). Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire (voir Direc place de ce PAI.	
Je déclare que mon enfant	
Je déclare avoir pris connaissance des termes du règlement (ci-joint) et en accepter les termes.	de la restauration scolaire
	Fait le : / /

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE





Attention! Cette inscription vous engage et donc une facturation sera é Les parents ont la possibilité de choisir le(s) jour(s) au restaurant scolaire.	
Nom-Prénom :	
PAI(*) : Oui Non Non Régime alimentaire particulier :	
Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration En cas d'absence, vous êtes priés de prévenir impérativement : - Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire rant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82	•
Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O	
Occasionnellement (réservation la veille avant 10h, et le vend Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire Restaurant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82 En cas de garde alternée, les factures doivent être adres	e de l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03
Responsable légal 1 Responsable légal 2 OSe	
(*) En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra ê qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé). Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire (voir D place de ce PAI. Je déclare que mon enfant). irecteur de l'école) pour la mise en l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature du PAI).
Je déclare avoir pris connaissance des termes du règleme (ci-joint) et en accepter les termes.	nt de la restauration scolaire
	Fait le : / / / Signature du représentant légal *

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE





Attention! Cette inscription vous engage et donc une facturation sera é Les parents ont la possibilité de choisir le(s) jour(s) au restaurant scolaire.	
Nom-Prénom :	
PAI(*) : Oui Non Non Régime alimentaire particulier :	
Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration En cas d'absence, vous êtes priés de prévenir impérativement : - Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire rant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82	•
Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi O	
Occasionnellement (réservation la veille avant 10h, et le vence - Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire Restaurant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82 En cas de garde alternée, les factures doivent être adres	e de l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03 -
Responsable légal 1 Responsable légal 2 OS	
(*) En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra ê qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé; Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire (voir D place de ce PAI. Je déclare que mon enfant). irecteur de l'école) pour la mise en
Je déclare avoir pris connaissance des termes du règleme (ci-joint) et en accepter les termes.	nt de la restauration scolaire
	Fait le : / /

BON À SAVOIR

LE DOSSIER UNIQUE

>Le Dossier Unique Annuel est un document obligatoire pour inscrire vos enfants dans les différentes structures municipales : restaurants scolaires, ALSH (centre de loisirs), études.

>Le Dossier Unique Annuel est valable pour toute l'année scolaire.

>Le Dossier Unique Annuel est valable pour l'ensemble de la famille, mais il est nécessaire de remplir une «FICHE ENFANT» et «RESTAURATION SCOLAIRE» par enfant que vous souhaitez inscrire à l'une des prestations municipales.

>Une fois votre dossier complété, il faut le renvoyer à m.labainville@magny-en-vexin.fr

>Une fois votre dossier accepté, l'inscription de vos enfants au restaurant scolaire et/ou au centre, de loisirs et/ou à l'étude est validée. Vous n'aurez plus qu'à faire vos réservations sur le Portail Famille.

LE PORTAIL FAMILLE

>Une fois votre dossier accepté, vous allez recevoir votre identifiant et votre code d'accès pour créer votre compte sur le PORTAIL FAMILLE (https://portail.berger-levrault.fr/MairieMagnyEn-Vexin95420/ accueil)

- >Vous pouvez faire les opérations suivantes sur le Portail Famille :
- Inscription/Annulation pour le périscolaire*, le centre de loisirs*, les cantines* et l'étude*
- Visualisation des activités auxquelles sont inscrites vos enfants
- Apporter toute modification à votre dossier (téléphone, personne habilitée à récupérer vos enfants...) sauf les changements de RIB
- -Voir les actualités liées au portail

>Tous les paiements s'effectuent en ligne sur le Portail Famille soit par prélèvement sur votre RIB soit par Carte Bancaire. Nota bene : la mise en place, la suppression ou le changement d'un RIB s'effectue auprès du service Enfance : s.krajci@magny-en-vexin.fr

* Nota bene : Toutes les réservations doivent être effectuées sur le Portail Famille

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS :

Mairie de Magny-en-Vexin 20 rue de Cros<mark>ne</mark> 95420 Magny-en-Vexin 01 34 67 03 28