

Date de réception du dossier :



DOSSIER UNIQUE

ANNUEL

2025-2026

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

m.labainville@magny-en-vexin.fr

SI RENOUELEMENT, FAIRE L
A MISE A JOUR SUR
LE PORTAIL 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

LE RESPONSABLE LÉGAL 1

AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance : / /

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) 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 : Tél. portable : Tél. pro. :

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels : Oui Non J'autorise l'envoi de SMS : Oui Non

N° Sécurité sociale :

N° Allocataire : CAF MSA Autres.....

LE RESPONSABLE LÉGAL 2

AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance : / /

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) 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 : Tél. portable : Tél. pro. :

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels : Oui Non J'autorise l'envoi de SMS : Oui Non

N° Sécurité sociale :

N° Allocataire : CAF MSA Autres.....

LA SITUATION FAMILIALE

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

Responsable légal 1 Responsable légal 2

Garde alternée, merci de préciser le rythme :

Pour toute situation particulière (garde, autorité parentale, etc.), présentation du Jugement du Tribunal, merci d'en joindre un exemplaire à ce dossier.

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**).

Personne 1 : Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél. portable : Tél.pro. :

habilité à prendre l'enfant habilité à intervenir en urgence Lien de parenté :

Personne 2 : Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél. portable : Tél.pro. :

habilité à prendre l'enfant habilité à intervenir en urgence Lien de parenté :

Personne 3 : Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél. portable : Tél.pro. :

habilité à prendre l'enfant habilité à intervenir en urgence Lien de parenté :

Personne 4 : Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél. portable : Tél.pro. :

habilité à prendre l'enfant habilité à intervenir en urgence Lien de parenté :

DROIT À L'IMAGE

Autorise N'autorise pas l'équipe encadrante à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités. J'autorise que les photos et vidéos soient utilisées en interne ou à l'extérieur (expositions, festivals, bulletin municipal, internet...).

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

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

Pour les activités le permettant, je souhaite payer par prélèvement automatique : Oui Non
Si oui, merci de joindre un R.I.B. et le formulaire SEPA ci-joint dûment rempli.

ATTESTATION

Je soussigné(e),

Père Mère Tuteur (trice) de l'enfant :

- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions
- M'engage à régler à la Ville de Magny en Vexin les frais incombant à notre famille dans les délais exigés
- Certifie que les renseignements fournis lors de l'inscription sont exacts (autorizations, fiche sanitaire de liaison...)
- M'engage à respecter le règlement en vigueur (téléchargeable sur www.magny-en-vexin.fr et consultable dans les différentes structures d'accueil et en mairie)
- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Après appréciation du médecin si son état le permet à le ramener dans la structure, où il sera placé sous la surveillance d'un encadrant.
- Autorise l'enfant à participer aux activités organisées par la Ville de Magny en Vexin.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à diffuser de l'information relative à la Ville de Magny-en-Vexin et ne peuvent être réutilisées à d'autres fins. Les destinataires des données sont les services de la Ville de Magny-en-Vexin. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant et demander à tout moment à ne plus être destinataire des informations concernant la Ville de Magny-en-Vexin. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à M. le Maire de Magny-en-Vexin.

Fait le : / /
Signature du responsable légal précédée de la mention « Lu et approuvé »

JUSTIFICATIFS

PHOTOCOPIES DES JUSTIFICATIFS À COMMUNIQUER CHAQUE ANNÉE :

- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année 2025/2026
- Copie 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.



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

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»

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 :

○ **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

FICHE ENFANT

Une fiche par enfant que vous souhaitez inscrire à l'une des prestations municipales listées en première page.

Nom : Prénom :

Adresse :

Fille Garçon Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté (2025/2026) :

Classe :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON OBLIGATOIRE*

1 - VACCINATIONS

| 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 antitétanique.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Dispose-t-il déjà d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non
- Prend-il un traitement médical régulier ? Oui Non
- Connaît-il des restrictions médicales particulières? Oui Non
- Souffre-t-il d'allergie ? Oui Non (Précisez (asthme, alimentaire, médicamenteuse...)) :

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** pour l'année scolaire. Vous devez contacter **votre médecin traitant ou le médecin scolaire**, afin qu'il puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à la cantine, à l'études et dans les activités périscolaires et extrascolaires.

Attention : Aucn médicament ne sera donné à votre enfant, s'il n'est pas prévu dans un PAI.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cochez les cases utiles)

- RUBÉOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE COQUELUCHE OTITE
- ROUGEOLE OREILLONS RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, ALLERGIES, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) PRÉCISEZ-NOUS LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Declare exacts ces renseignements et autorise le responsable à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Après appréciation du médecin si son état le permet à le ramener dans la structure, où il sera placé sous la surveillance d'un encadrant.

Fait le : / /
Signature du responsable légal :

FICHE ENFANT

Une fiche par enfant que vous souhaitez inscrire à l'une des prestations municipales listées en première page.

Nom : Prénom :

Adresse :

Fille Garçon Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté (2025/2026) :

Classe :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON OBLIGATOIRE*

1 - VACCINATIONS

| 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 antitétanique.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Dispose-t-il déjà d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non
- Prend-il un traitement médical régulier ? Oui Non
- Connaît-il des restrictions médicales particulières? Oui Non
- Souffre-t-il d'allergie ? Oui Non (Précisez (asthme, alimentaire, médicamenteuse...)) :

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** pour l'année scolaire. Vous devez contacter **votre médecin traitant ou le médecin scolaire**, afin qu'il puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à la cantine, à l'études et dans les activités périscolaires et extrascolaires.

Attention : Aucn médicament ne sera donné à votre enfant, s'il n'est pas prévu dans un PAI.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cochez les cases utiles)

- RUBÉOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE COQUELUCHE OTITE
- ROUGEOLE OREILLONS RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, ALLERGIES, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) PRÉCISEZ-NOUS LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Déclare exacts ces renseignements et autorise le responsable à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Après appréciation du médecin si son état le permet à le ramener dans la structure, où il sera placé sous la surveillance d'un encadrant.

Fait le : / /
Signature du responsable légal :

FICHE ENFANT

Une fiche par enfant que vous souhaitez inscrire à l'une des prestations municipales listées en première page.

Nom : Prénom :

Adresse :

Fille Garçon Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté (2025/2026) :

Classe :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON OBLIGATOIRE*

1 - VACCINATIONS

| 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 antitétanique.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Dispose-t-il déjà d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non
- Prend-il un traitement médical régulier ? Oui Non
- Connaît-il des restrictions médicales particulières? Oui Non
- Souffre-t-il d'allergie ? Oui Non (Précisez (asthme, alimentaire, médicamenteuse...)) :
.....)

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** pour l'année scolaire. Vous devez contacter **votre médecin traitant ou le médecin scolaire**, afin qu'il puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à la cantine, à l'études et dans les activités périscolaires et extrascolaires.

Attention : Aucn médicament ne sera donné à votre enfant, s'il n'est pas prévu dans un PAI.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cochez les cases utiles)

- RUBÉOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE COQUELUCHE OTITE
- ROUGEOLE OREILLONS RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, ALLERGIES, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) PRÉCISEZ-NOUS LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Déclare exacts ces renseignements et autorise le responsable à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Après appréciation du médecin si son état le permet à le ramener dans la structure, où il sera placé sous la surveillance d'un encadrant.

Fait le : / /
Signature du responsable légal :

FICHE ENFANT

Une fiche par enfant que vous souhaitez inscrire à l'une des prestations municipales listées en première page.

Nom : Prénom :

Adresse :

Fille Garçon Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté (2025/2026) :

Classe :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON OBLIGATOIRE*

1 - VACCINATIONS

| 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 antitétanique.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Dispose-t-il déjà d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non
- Prend-il un traitement médical régulier ? Oui Non
- Connaît-il des restrictions médicales particulières? Oui Non
- Souffre-t-il d'allergie ? Oui Non (Précisez (asthme, alimentaire, médicamenteuse...)) :
.....)

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** pour l'année scolaire. Vous devez contacter **votre médecin traitant ou le médecin scolaire**, afin qu'il puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à la cantine, à l'études et dans les activités périscolaires et extrascolaires.

Attention : Aucn médicament ne sera donné à votre enfant, s'il n'est pas prévu dans un PAI.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cochez les cases utiles)

- RUBÉOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE COQUELUCHE OTITE
- ROUGEOLE OREILLONS RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, ALLERGIES, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) PRÉCISEZ-NOUS LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Declare exacts ces renseignements et autorise le responsable à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Après appréciation du médecin si son état le permet à le ramener dans la structure, où il sera placé sous la surveillance d'un encadrant.

Fait le : / /
Signature du responsable légal :

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

OUI

NON

Date d'effet de l'inscription **si différente** du 1er jour de la rentrée : / /

Attention ! Cette inscription vous engage : une facturation sera donc établie en fonction de vos choix.

Les parents ont la possibilité de choisir le(s) jour(s) de fréquentation de l'enfant au restaurant scolaire.

Nom-Prénom : Né(e) le : / /

École :

PAI(*) : Oui Non

Régime alimentaire particulier :

Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration scolaire les jours ci-dessous :

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 l'école Paul Éluard au 06 37 44 61 03 - Restaurant scolaire Jean Moulin 06 37 44 60 82

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnellement (réservation la veille avant 10h, et le vendredi avant 10h pour le lundi suivant)

- Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire de l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03 - Restaurant scolaire : Jean Moulin 06 37 44 60 82

En cas de garde alternée, les factures doivent être adressées au :

Responsable légal 1 Responsable légal 2 Selon le calendrier d'alternance

(*) En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra être accueilli au restaurant scolaire qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé).

Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire (voir Directeur de l'école) pour la mise en place de ce PAI.

Je déclare que mon enfant

ne souffre d'aucune allergie alimentaire ⁽¹⁾

souffre d'une allergie alimentaire ⁽¹⁾

PAI signé (Protocole d'Accueil Individualisé) ⁽¹⁾

PAI déposé, en attente de signature ⁽¹⁾ (pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature du PAI).

⁽¹⁾ cochez la case correspondante

Je déclare avoir pris connaissance des termes du règlement de la restauration scolaire (ci-joint) et en accepter les termes.

Fait le : / /
Signature du représentant légal *

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

OUI

NON

Date d'effet de l'inscription **si différente** du 1er jour de la rentrée : / /

Attention !

Cette inscription vous engage et donc une facturation sera établie en fonction de vos choix. Les parents ont la possibilité de choisir le(s) jour(s) de fréquentation de l'enfant au restaurant scolaire.

Nom-Prénom : Né(e) le : / /

École :

PAI(*) : Oui Non

Régime alimentaire particulier :

Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration scolaire les jours ci-dessous :

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 l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03 - Restaurant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnellement (réservation la veille avant 10h, et le vendredi avant 10h pour le lundi suivant)

- Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire de l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03

- Restaurant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82

En cas de garde alternée, les factures doivent être adressées au :

Responsable légal 1 Responsable légal 2 Selon le calendrier d'alternance

(*) En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra être accueilli au restaurant scolaire qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé).

Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire (voir Directeur de l'école) pour la mise en place de ce PAI.

Je déclare que mon enfant

ne souffre d'aucune allergie alimentaire ⁽¹⁾

souffre d'une allergie alimentaire ⁽¹⁾

PAI signé (Protocole d'Accueil Individualisé) ⁽¹⁾

PAI déposé, en attente de signature ⁽¹⁾ (pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature du PAI).

⁽¹⁾ cochez la case correspondante

Je déclare avoir pris connaissance des termes du règlement de la restauration scolaire (ci-joint) et en accepter les termes.

Fait le : / /
Signature du représentant légal *

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

OUI

NON

Date d'effet de l'inscription **si différente** du 1er jour de la rentrée : / /

Attention !

Cette inscription vous engage et donc une facturation sera établie en fonction de vos choix. Les parents ont la possibilité de choisir le(s) jour(s) de fréquentation de l'enfant au restaurant scolaire.

Nom-Prénom : Né(e) le : / /

École :

PAI(*) : Oui Non

Régime alimentaire particulier :

Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration scolaire les jours ci-dessous :

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 l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03 - Restaurant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnellement (réservation la veille avant 10h, et le vendredi avant 10h pour le lundi suivant)

- Restaurant du groupe scolaire de l'Aubette : 06 37 44 28 98 - Restaurant scolaire de l'école Paul Éluard : 06 37 44 61 03 - Restaurant scolaire Jean Moulin : 06 37 44 60 82

En cas de garde alternée, les factures doivent être adressées au :

Responsable légal 1 Responsable légal 2 Selon le calendrier d'alternance

(*) En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra être accueilli au restaurant scolaire qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé).

Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire (voir Directeur de l'école) pour la mise en place de ce PAI.

Je déclare que mon enfant

ne souffre d'aucune allergie alimentaire ⁽¹⁾

souffre d'une allergie alimentaire ⁽¹⁾

PAI signé (Protocole d'Accueil Individualisé) ⁽¹⁾

PAI déposé, en attente de signature ⁽¹⁾ (pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature du PAI).

⁽¹⁾ cochez la case correspondante

Je déclare avoir pris connaissance des termes du règlement de la restauration scolaire (ci-joint) et en accepter les termes.

Fait le : / /
Signature du représentant légal *

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 Crosne
95420 Magny-en-Vexin
01 34 67 03 28