



# DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE

ÉCOLES PUBLIQUES  
DE BRESSUIRE ET DES COMMUNES DÉLÉGUÉES

## SERVICE SCOLAIRE

1, rue du Dr Cacault - 79 300 Bressuire

05 49 80 49 75

[service.scolaire@ville-bressuire.fr](mailto:service.scolaire@ville-bressuire.fr)

Horaires : 9h/12h et 14h/17h (fermé le lundi matin)

## *Pour inscrire un enfant*

- Le retrait du dossier d’inscription ou du changement d’école peut se faire sur le site de la ville de Bressuire ([www.ville-bressuire.fr](http://www.ville-bressuire.fr)) ou auprès du Service scolaire mais aussi auprès de la Mairie annexe de ma commune.
- Remplir le dossier et transmettre les documents demandés.
- Vous pouvez retrouver la liste de ces documents, au dos du dossier d’inscription.

⚠ Sur le dossier à la question « École souhaitée » ceci reste une proposition avant validation par la collectivité, qui vous informera de l’école retenue.

Déposez obligatoirement le dossier au Service Scolaire (uniquement sur rendez-vous) :  
1, rue du Docteur Cacault – 79300 BRESSUIRE  
05.49.80.49.75

## *Suite donnée au dossier*

- Une fois que le dossier est COMPLET un récépissé de dépôt vous sera remis.
- Après décision de l’élue en charge du Service Scolaire, vous serez contacté pour connaître l’école retenue (appel téléphonique et/ou courrier).
- Votre dossier sera transmis au Directeur ou à la Directrice de l’école.
- Ensuite, il vous sera possible de prendre rendez-vous personnellement avec le Directeur ou la Directrice de l’école, pour finaliser l’inscription de votre enfant.
- Pour tout changement d’école, un certificat de radiation est nécessaire : démarche effectuée par les directions des écoles concernées.

## *Règlement intérieur pour une inscription scolaire*

- Pour une première inscription scolaire, votre enfant sera prioritairement dirigé vers l’école de votre commune d’habitation.
- Si des frères et sœurs sont déjà scolarisés dans une école, le regroupement familial sera automatique.
- Suivant les effectifs dans les écoles, la collectivité peut être amenée à proposer une autre école.
- Pour les communes déléguées qui ne disposent pas d’une école publique, un transport prend en charge l’enfant pour le déposer dans une école de rattachement à Bressuire.
- Si le choix de l’école est imposé et que l’enfant doit prendre un car, les frais de transport sont pris en charge par la collectivité.

Dossier unique d'inscription : Année 2022-2023

**A COCHER OBLIGATOIREMENT**

Accueil Périscolaire

Accueil Mercredi après-midi : *O Forfait ou O Ponctuel*

Restauration

Transport Bressuire ville

**A compléter OBLIGATOIREMENT**

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom :	.....	.....	.....
Prénom :	.....	.....	.....
Date de naissance :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lieu de naissance :	.....	.....	.....
Nationalité :	.....	.....	.....
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Résidence de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
Allergie(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :	.....	.....	.....
Vaccinations à jour :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
École souhaitée :	.....	.....	.....
Critère :	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mode de garde	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mode de garde	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mode de garde
Classe :	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2
Date d'entrée demandée :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

→ **Si changement d'école (radiation)**

Nom de l'école actuelle :	.....	.....	.....
Classe :	.....	.....	.....
Commune :	.....	.....	.....

**Enfant(s) déjà scolarisé(s) dans une école élémentaire de Bressuire ou Communes déléguées**

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom de l'école :	.....	.....	.....
Nom :	.....	.....	.....
Prénom :	.....	.....	.....
Classe :	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2

## Autre(s) frère(s) ou sœur(s) moins de 3 ans non scolarisés

	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>
Nom :	.....	.....	.....
Prénom :	.....	.....	.....
Date de naissance :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

## Représentants légaux

	<u>Représentant légal 1</u>	<u>Représentant légal 2</u>
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> Oui ou <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ou <input type="checkbox"/> Non
Adresse :	..... ..... .....	..... ..... .....
Date de naissance :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lieu de naissance :	.....	.....
Téléphone :	____ / ____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____ / ____
Portable :	____ / ____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____ / ____
Mail :	.....	.....
Profession :	.....	.....
Employeur :	.....	.....
Téléphone professionnel :	____ / ____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____ / ____

## Situation familiale

Situation familiale des parents :	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Célibataires	<input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve
Mode de garde de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Par les deux parents <input type="checkbox"/> Mère seule	<input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Père seul	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

## Facturation

Allocataire CAF ou MSA :	N° Allocataire : ..... Qui perçoit l'allocation : <input type="checkbox"/> Mère ou <input type="checkbox"/> Père (Pour les familles MSA, merci de fournir les bons aides aux loisirs et l'attestation quotient familial)
Facturation à adresser à :	<input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ → En cas de facturation alternée, merci de préciser qui paiera en : <input type="checkbox"/> Semaines paires : _____ et en <input type="checkbox"/> Semaines impaires : _____

En remplissant les documents :

J'accepte que les informations collectées soient utilisées par le Service scolaire de la Ville de Bressuire dans le cadre de ses missions (inscriptions scolaires, périscolaires, accueil de loisirs, restauration scolaire et transport scolaire).

Ces données seront conservées deux ans.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à :

Mairie de Bressuire - Service Scolaire  
Place de l'Hôtel de Ville  
79300 Bressuire

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature Parent 1

Signature Parent 2

Signature Autre

**Cadre réservé à l'administration**

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
École souhaitée :	.....	.....	.....
Décision du Service :	.....	.....	.....
Allophone	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observations :	.....		
	.....		

## PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE :

- Photocopie du livret de famille (parents et enfant(s))
- Photocopie du justificatif de domicile de moins de 3 mois : facture EDF, téléphone, quittance de loyer, facture d'eau...
- Pour les parents divorcés, un justificatif de garde de l'enfant (jugement de divorce) ou, pour les personnes séparées (en instance de divorce), une attestation de la personne qui ne garde pas l'enfant pour acceptation de l'inscription
- Si votre famille ou seulement votre enfant réside chez un tiers, produire une attestation sur l'honneur signée de la personne qui héberge, une photocopie de sa carte d'identité et un justificatif de domicile de l'hébergeant datant de moins de 3 mois
- Fiche sanitaire de liaison
- Copies des vaccins à jour
- Si vous êtes allocataire MSA : fournir l'attestation du quotient familial et les bons d'aides aux loisirs
- Possibilité de prélèvement automatique :
  - **Les familles ayant déjà optées pour ce mode de paiement**, il est inutile de renouveler la demande
  - **Pour les nouvelles demandes**, merci de compléter le « Mandat de Prélèvement SEPA » ci-joint et de joindre obligatoirement à votre demande un R.I.B (original)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Responsable légal de l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel domicile : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    Tel bureau : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tel portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### ➤ Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher les cases correspondantes)

- |                                    |  |                                   |                                     |                                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole   | <input type="checkbox"/> Rhumatisme aigu | <input type="checkbox"/> Otite    | <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Oreillon |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Scarlatine      | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Coqueluche |                                   |

L'enfant présente-t-il une allergie ?

- Asthme                       Alimentaire                       Médicamenteuse                       Autre

Préciser la conduite à tenir : .....

L'enfant a-t-il déjà un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :     Oui     Non

Période de validité du PAI : .....

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, opérations, hospitalisations, crises convulsives)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ : .....

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ : .....

Recommandations utiles (lunettes, prothèse auditive et/ou dentaire) :

Médecin traitant : ..... Tél : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom et adresse de l'assurance scolaire : .....

N° de contrat d'assurance scolaire : .....

## AUTORISATIONS MÉDICALES, SORTIES, DROIT À L'IMAGE

### ➤ Actes médicaux

- J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). En cas de nécessité, le service de secours conduira l'enfant au service des urgences le plus proche.

### ➤ Sorties en Groupe

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation et/ou l'école.

### ➤ Autorisation de sortie

(La mairie et/ou l'école décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet)

Votre enfant quitte l'établissement scolaire :

- Seul                       Accompagné                       Bus                       Taxi

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant si différentes des parents :

Nom et Prénom ..... Tél : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom et Prénom ..... Tél : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom et Prénom ..... Tél : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### ➤ Droit à l'image

- J'autorise** les prises de photos/vidéos et leurs diffusions sous toutes ses formes à des fins représentatives : pour les activités scolaires, les T.A.P, la restauration, l'accueil périscolaire et l'accueil de loisirs du mercredi :

- Diffusion sur internet (site de la ville, de l'Agglo, de l'école...)
- Diffusion en interne (affichage sur site, revue...)

- Je n'autorise aucune prise de vues de mon enfant**

La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser les services dans le respect de la préservation, de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Fait le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature(s) :

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de Bressuire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de Bressuire.

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.

FR  
46ZZZ543740

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom, prénom : Mairie de Bressuire

Adresse : 1, rue du Docteur Cacault

Code postal : 79300

Ville : BRESSUIRE

Pays : FRANCE

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (I.B.A.N)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de paiement :

: paiement récurrent / répétitif

: paiement ponctuel

Signé à :

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

--

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur : \_\_\_\_\_

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 la Mairie de Bressuire. 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 les Impôts à Bressuire,



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR LA FAMILLE DES ALLERGIES OU INTOLÉRANCE ALIMENTAIRES

***Seul le Service Restauration Scolaire est habilité à accepter ou non le protocole et validera ou non votre souhait.***

Je soussigné (e) Madame, Monsieur : (nom et prénom) : \_\_\_\_\_  
demeurant : \_\_\_\_\_

Respectivement père ou mère de **l'enfant** : \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Qui présente une **Allergie et/ou Intolérance** : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe 1 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Portable 1 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Téléphone fixe 2 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Portable 2 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

***Suite à la présentation de l'ordonnance du médecin traitant précisant l'absence d'un risque vital pour l'enfant en cas de contact avec le ou les allergène(s).***

***En aucun cas, ce protocole annule la procédure habituelle engagée par l'Éducation Nationale en lien avec la Médecine Scolaire.***

**Prise en charge médicale - Demande du P.A.I auprès de la médecine scolaire**

Je demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) médicamenteux, afin que mon enfant puisse bénéficier en cas d'urgence d'un traitement adapté. En cas d'incidents, **j'autorise le personnel présent à administrer les médicaments selon le protocole d'urgence rédigé** dans l'établissement scolaire, sous la directive du médecin régulateur du Samu.

**Panier repas fourni par la famille** (voir note d'information à la page 10)

Considérant que la Restauration Scolaire n'est pas apte à prendre en charge les problèmes d'intolérance alimentaire de mon enfant et notamment ce qui concerne l'éviction du ou des allergène(s) en cause. **Je prévois le panier repas et j'autorise mon enfant à manger au restaurant scolaire.**

**Repas fourni par la cuisine centrale** (compléter et signer la page 11)

Considérant que la Restauration Scolaire est apte à prendre en charge les problèmes d'intolérance alimentaire de mon enfant et notamment ce qui concerne l'éviction du ou des allergène(s) en cause. **J'autorise mon enfant à manger au restaurant scolaire dans la limite des conditions définies.**

**Je déclare avoir été informé(e)** par le service des Affaires Scolaires et de la Restauration scolaire :

1. Des risques liés à l'allergie alimentaire de mon enfant pendant le temps de restauration scolaire,
2. Que mon enfant sera accueilli en restauration dans les mêmes conditions que les autres enfants sans bénéficier d'une surveillance individualisée,
3. Que la Cuisine Centrale n'est pas en mesure d'assurer totalement la prise en charge de l'enfant dans des conditions stricts d'éviction du ou des allergène(s),
4. Qu'il m'est possible d'apporter un panier repas conformément à la circulaire Projet d'Accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 et à la circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001.

Par cette présente je décharge l'établissement et son personnel de toute responsabilité en cas d'incidents.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature(s) du ou des parent(s)  
ou tuteurs légaux :**

(faire précéder de la mention « lu et  
approuvé »)

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Responsable Service  
restauration  
M. Antony BROUILLARD**

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Élue en charge des Affaires  
scolaires  
Mme Marinette TALLIER**

## PROCÉDURE DES PANIERS REPAS ET ENGAGEMENT DES PARENTS

*Seul le Service Restauration Scolaire est habilité à accepter ou non le protocole et validera ou non votre souhait.*

### LA FABRICATION DES REPAS

Les parents fournissent la totalité des composants du repas et assument la pleine et entière responsabilité de sa fabrication. L'enfant ne consomme que le repas et les ingrédients fournis par la famille.

### MATÉRIEL

Les parents s'engagent à fournir le repas dans des boîtes hermétiques supportant un réchauffage au four micro-ondes (pas de boîtes métalliques). Toutes les boîtes sont étiquetées au nom de l'enfant.

### CHAÎNE DU FROID ET CONDITIONS DE TRANSPORT ET DE STOCKAGE

Les éléments du repas sont mis dans une glacière ou un sac isotherme (identifié au nom de l'enfant) de dimension adaptée au transport **d'un seul repas**.

La glacière ou le sac isotherme doit répondre aux caractéristiques de maintien de la chaîne du froid (0° à +6°) notamment en y incluant les blocs de conservation congelés nécessaires de façon à garantir la conservation du repas sans rupture de la chaîne du froid jusqu'à l'heure du déjeuner.

Dès l'arrivée dans l'établissement, la glacière est remise au personnel qui la place dans un lieu réservé à cet effet.

### CONSOMMATION

L'accueil de l'enfant est réalisé dans les conditions générales de surveillance du restaurant scolaire. Il appartient donc aux parents de bien informer leur enfant des mesures spécifiques qu'il doit prendre.

Seuls les composants du repas et ingrédients fournis par la famille sont donnés aux enfants.

### RETOUR

Les boîtes sont vidées des aliments non consommés et font l'objet ainsi que les ustensiles utilisés, d'un simple lavage sur place par le personnel de restauration scolaire municipale.

Le matériel est ensuite replacé dans la glacière ou le sac isotherme et remis au personnel municipal qui le déposera dans un lieu défini pour être récupéré par la famille ou l'enfant à la fin de la journée.

Il appartient à la famille de respecter les règles d'hygiène et de sécurité alimentaire (chaîne du froid, propreté des contenants).

## FABRICATION DES REPAS À LA CUISINE CENTRALE

***Seul le Service Restauration Scolaire est habilité à accepter ou non le protocole et validera ou non votre souhait.***

La Cuisine Centrale fournit la totalité des composants du repas et assure sa fabrication en respectant les consignes données par l'ordonnance médicale de l'enfant dans la limite de ses capacités.

De manière générale :

- les préparations à base protidique seront remplacées par du poisson ou équivalent autorisé
- les préparations à base de légumes seront remplacées par un autre légume autorisé
- les préparations à base de féculent seront remplacées par un autre féculent autorisé
- le pain, le fromage et toutes les préparations ou produits de type industriel ne seront pas remplacés (il appartient aux parents de donner un aliment de substitution)

### MATÉRIEL

La Cuisine Centrale s'engage à fournir le repas dans des boîtes hermétiques permettant le maintien en température des préparations. Toutes les boîtes sont étiquetées au nom de l'enfant.

### CHAÎNE DU FROID ET CONDITIONS DE TRANSPORT ET DE STOCKAGE

La Cuisine centrale s'engage à maintenir la chaîne du froid (0° à +6°) et au maintien au chaud (+63°) des aliments de façon à garantir la conservation du repas jusqu'à l'heure du déjeuner.

### CONSOMMATION

L'accueil de l'enfant est réalisé dans les conditions générales de surveillance du restaurant scolaire. Il appartient donc aux parents de bien informer leur enfant des mesures spécifiques qu'il doit prendre. Seuls les composants du repas et ingrédients fournis par la Cuisine Centrale sont donnés aux enfants.

### RETOUR

Les boîtes sont vidées et font l'objet ainsi que les ustensiles utilisés, d'un lavage sur place par le personnel de restauration scolaire municipale.

Le matériel est ensuite retourné à la Cuisine Centrale pour réutilisation le lendemain.

### CONSIGNES IMPÉRATIVES

En application de la circulaire 99-181 publié au B.O. de l'Education Nationale de la Recherche et de la Technologie N° 41 du 18/11/1999, je suis tenu (e) de fournir à mon enfant une trousse d'urgence comportant les médicaments à prendre en cas de malaise.

Je m'engage à déposer dans le réfectoire la même trousse si nécessaire ainsi que l'ordonnance du médecin.

Il m'appartient de noter les dates de péremption des médicaments et de pourvoir à leur remplacement immédiat.

**Dans le cas où cette procédure ne serait pas respectée, la commune se réserve le droit de ne plus accepter l'enfant au restaurant scolaire**

**Nom et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature(s) du ou des parent(s)  
ou tuteurs légaux :**

(faire précéder de la mention « lu et  
approuvé »)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responsable Service  
restauration  
M. Antony BROUILLARD**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Élue en charge des Affaires  
scolaires  
Mme Marinette TALLIER**

# Vaccination : êtes-vous à jour ?

## Calendrier simplifié des vaccinations 2021

Âge approprié	Vaccinations obligatoires pour les nourrissons								6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois							
BCG *	1 mois													
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite														Tous les 10 ans
Coqueluche														
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)														
Hépatite B														
Pneumocoque														
Méningocoque C														
Rougeole-Oreillons-Rubéole														
Papillomavirus humain (HPV)														
Grippe														Tous les ans
Zona														

\* Pour certaines personnes seulement

Une question ? Un conseil ? Parlez-en à votre médecin, votre pharmacien, votre sage-femme ou votre infirmier.

Pour en savoir plus



VACCINATION  
INFO SERVICE.FR

Le site de référence qui répond à vos questions

