



# MAIRIE DE REMIREMONT

B.P. 30107 – 88204 REMIREMONT CEDEX

Restaurant Municipal Scolaire

Tél. : 03.29.62.59.08

E-Mail [rms@remiremont.fr](mailto:rms@remiremont.fr)



## FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE 2024-2025

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : M  F

ÉCOLE : .....

CLASSE à la rentrée 2024-2025 : .....

**ORIENTATION MDPH DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ULIS :** Oui  Non

### PARENTS

Père  Mère  Tuteur

Père  Mère  Tuteur

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

☎ Portable : .....

☎ Portable : .....

☎ Professionnel : .....

☎ Professionnel : .....

☒ Mail : .....

☒ Mail : .....

Situation familiale :

Mariés  Pacsés  Concubins  Divorcés  Séparés  Célibataire  Veuf(ve)

Quotient familial : ..... (attestation CAF ou MSA à fournir obligatoirement)

**Sans attestation du Quotient Familial, le tarif maximum sera appliqué.**

Type de repas : standard  sans porc  sans viande  panier repas (sur justification médicale)   
(repas fourni par la famille)

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS  
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS  
(en dehors du ou des responsables déjà mentionnés ci-dessus)**

NOM - Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025**

VACCINATION					
VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)				Coqueluche	
				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres	

**Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir un certificat de contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT (allergies autres qu'alimentaires, précautions particulières, traitement médical)		
Renseignements / recommandations	Manifestations :	Conduite à tenir :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**NOTA** : Aucun médicament ne sera administré durant les accueils, le personnel encadrant n'étant pas habilité à le faire. Il appartient à la famille de le signaler au médecin traitant.

ALLERGIES ALIMENTAIRES (fournir un PAI + panier repas)					
Allergie à :	PAI (O/N)	Manifestations :	Panier repas (O/N)	Aliments à proscrire	Traitement

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité des parents de nous signaler tout problème médical touchant leur enfant. Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s) amenant à exclure un aliment, nous vous demanderons de prendre contact avec le service, afin qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) soit éventuellement envisagé. En cas d'allergie avérée, aucun enfant ne sera admis au restaurant municipal scolaire sans justificatif médical, ordonnance ou PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Mr/Mme ..... autorisons l'anesthésie de l'enfant..... au cas où, victime d'un accident, d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., le .....  
Signature des parents ou du Représentant Légal,

NOM – PRÉNOM – N° TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps de restauration et d'accueil de votre enfant

## TARIFS

Les tarifs sont fixés par délibération du Conseil Municipal.

	Quotient Familial inférieur ou égal à 400 €	Quotient familial de 401 € à 700 €	Quotient familial supérieur à 700€
Ecoles élémentaires et maternelles – enfants DOMICILIÉS A REMIREMONT	1,00 €	3,90 €	4,10 €
Ecoles élémentaires et maternelles – enfants NON DOMICILIÉS A REMIREMONT	1,00 €	5,50 €	5,70 €
Accueil journalier avec un panier repas	1,00 €	1,00 €	1,10 €
Surveillants		4,70 €	
Personnel Municipal		6,45 €	
Majoration enfant non prévu			2,10 €

En cas de non transmission au service du Quotient Familial (attestation CAF ou MSA à joindre), le tarif maximum sera appliqué.

Pour information, le coût réel d'un repas pour la collectivité s'élève à 11,75 €, toutes charges comprises. Le différentiel entre ce coût et votre participation est entièrement à la charge de la Ville.

Fiche à retourner **obligatoirement accompagnée** de l'attestation d'assurance responsabilité civile et l'attestation du quotient familial de la CAF .

**Autorisation de droit à l'image (à compléter au dos)**



## AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE (Fixation, reproduction et diffusion)

Je soussigné(e),

**Madame, Monsieur**.....

**Né(e) le** ..... **à** .....,

certifiant être majeur(e) et pouvoir donner librement mon consentement à la présente autorisation concernant l'**enfant** dont je suis le représentant légal :

**(NOM - Prénom)**.....

**Né(e) le** ..... **à** .....

**Demeurant à** .....

Téléphone (facultatif) .....

Mail (facultatif) .....

Donne mon accord pour que mon fils / ma fille soit filmé(e) ou photographié(e).

À cet effet, j'autorise **la Commune de Remiremont** à utiliser, exploiter, diffuser, en tout ou en partie, sans limite de territoire ou de durée, les images ou enregistrements réalisés avec mon enfant dans le cadre de ce tournage ou de cette session photographique.

Cette autorisation comprend le droit de reproduire, de représenter et de communiquer ce matériel au public, notamment par diffusion télévisuelle, via internet et réseaux sociaux.

Ces dispositions sont portées ma connaissance dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

À ....., le .....

Signature du représentant légal :