



### Enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Classe à la rentrée : .....

## Rentrée scolaire 2022-2023 Bulletin d'inscription

**A remettre en mairie avant le 1er juillet 2022**

### Restauration

**FORFAIT  
38 €uros/mois**

J'inscris mon enfant

Si la case est cochée, le service sera facturé toute l'année scolaire, **même s'il n'est pas utilisé.**

Information : Sur présentation d'un certificat médical, dans le cas d'absence de 2 semaines d'école consécutives ou plus dans le mois de facturation : Forfait réduit à 19.00 €

### Garderie

**FORFAIT  
19 €uros/mois**

J'inscris mon enfant

Si la case est cochée, le service sera facturé toute l'année scolaire, **même s'il n'est pas utilisé.**

Service de garderie ouvert tous les jours d'école de 7h15 à 8h50 et de 16h30 à 19h avec le goûter et l'aide aux devoirs

**La municipalité se réserve le droit de suspendre l'utilisation de ces deux services en cas d'impayés.**

**Je paierai mes factures auprès du Centre des Finances Publiques  
3 bis rue du Soleil - CS40082 - 16500 CONFOLENS :**

- après réception du titre de recette à mon domicile
- par prélèvement automatique (joindre un RIB)
- paiement par PayFIP (paiement en ligne)

### Cadre à remplir si vous optez pour la GARDERIE PERISCOLAIRE

Je soussigné (e) .....

Autorise M ou Mme ..... Tel .....

M ou Mme ..... Tel .....

À récupérer mon enfant ..... à la sortie de la garderie.

Date .....

Signature

**T.S.V.P**



# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

## Garderie - Restaurant scolaire

### ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

**NOM et Prénom de l'enfant** : ..... Sexe : M  F   
Date de naissance : .....  
Classe à la rentrée 2022-2023 : .....

### RESPONSABLES LÉGAUX

**NOM et Prénom** : .....  
Adresse : .....  
**Adresse Mail** : .....  
Profession : ..... Téléphone professionnel : .....  
Téléphone du domicile : ..... Portable : .....  
N° ALLOCATAIRE CAF/MSA : .....

**NOM et Prénom** : .....  
Adresse : .....  
**Adresse Mail** : .....  
Profession : ..... Téléphone professionnel : .....  
Téléphone du domicile : ..... Portable : .....

### PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE

**NOM et Prénom** : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : .....  
N° de Téléphone professionnel : ..... Portable : .....

**NOM et Prénom** : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : .....  
N° de Téléphone professionnel : ..... Portable : .....

**NOM et Prénom** : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : .....  
N° de Téléphone professionnel : ..... Portable : .....

**Pour tout renseignement : MAIRIE D'EXIDEUIL SUR VIENNE**  
**5 rue de la Mairie 16150 EXIDEUIL SUR VIENNE**  
**Tel : 05.45.89.01.29 Fax : 05.45.89.34.54**  
**Courriel : [communedexideuil@wanadoo.fr](mailto:communedexideuil@wanadoo.fr)**