

Assurances*

Assurance scolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Compagnie :	N° contrat :		
Assurance Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Compagnie :	N° contrat :		

Autorisations parentales*

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription de mon (mes) enfant(s) sont exacts

Certifie que mon (mes) enfant(s) est (sont) à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.

M'engage à notifier toute modification des données concernant mon (mes) enfant(s) auprès du service enfance.

Atteste avoir pris connaissance et accepter les termes et clauses des règlements intérieurs de toutes les activités auxquelles mon (mes) enfant(s) participe(nt).

Autorise les services municipaux, les responsables des activités ou les prestataires mandatés par la ville de Combrit à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence vitale de mon (mes) enfant(s). (Hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale...).

Droit à l'image*

Autorise la ville de Combrit et/ou les prestataires de service à prendre des photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) et à s'en servir comme support de communication.

A des fins de communication interne OUI NON
 Le site internet www.combrit.bzh, facebook de la Mairie, instagram de la Mairie à des fins de communication externe OUI NON
 Pour la presse OUI NON

Fait Le:

A:

Signature du/des parent(s), tuteur légal (précédée de la mention « Lu et approuvé »)*



DOSSIER ENFANCE 2025/2026
RESTAURATION SCOLAIRE

A RENVoyer AU SERVICE ENFANCE POUR LE 2 JUIN 2025

en mairie ou par mail à service.enfance@combrit-saintemarine.fr

Responsable(s) de l'enfant *

Responsable légal 1	Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom de naissance*:	Nom de naissance*:
Prénom* :	Prénom* :
Date de naissance*:	Date de naissance*:
Lieu de naissance (ville et département)*:	Lieu de naissance (ville et département)*:
Adresse*:	Adresse*:
CP - Ville* :	CP - Ville* :
Tél portable* :	Tél portable* :
Tél pro :	Tél pro :
E-mail*:	E-mail*:
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :

*MENTIONS OBLIGATOIRES

Pour les personnes séparées, merci de nous fournir copie de la partie du jugement relative aux modalités de garde et d'exercice de l'autorité parentale ou votre calendrier si pas de jugement

N° allocataire CAF* :

Pour les familles sous le régime général, j'autorise la personne du service enfance habilitée à consulter CDAP 29 (anciennement CAFPRO) afin d'obtenir mon quotient familial.

Merci de joindre au dossier enfance la copie de l'attestation de quotient familial du mois en cours.

Pour les familles sous Régime agricole, je m'engage à fournir la copie de l'attestation de quotient familial du mois en cours

Attention ce numéro est important car la tarification de la cantine est soumis à un barème (cf règlement intérieur). Si attestation non fournie le tarif le plus élevé sera appliqué.

Votre enfant*

NOM /PRENOM :

Sexe : G F

Né (e) le : A

Ecole :

En classe de :

Sa santé*

1. Votre enfant suit-il un traitement ? OUI NON
Si oui lequel ? :

2. A-t-il eu des allergies ? OUI NON
Si oui lesquelles ?

3. Fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? : OUI NON
Si oui, joindre obligatoirement le document PAI complété par le médecin traitant
Date du dernier PAI :

4. A-t-il eu des antécédents médicaux ? OUI NON

Personne(s) autorisé(e)s à récupérer votre enfant*

Nom -Prénom	N° téléphone	Lien avec l'enfant

Restauration scolaire*

Jours	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choix d'inscription*:
 Annuelle (Cocher les jours dans tableau d'à côté)
 Occasionnelle: prévenir le service jeunesse impérativement 48h (jours ouvrés) à l'avance sous risque de repas majoré.

Inscription obligatoire

L'annulation d'un ou plusieurs repas doit nous parvenir au moins 48h à l'avance (en jours ouvrés) par mail à l'adresse suivante: service.enfance@combrit-saintemarine.fr

Si votre enfant est malade plus d'une journée, merci de fournir un certificat médical dans un délai d'une semaine maximum afin de ne pas être facturé. **Un jour de carence par période de maladie s'appliquera.**



Rappel tarifs cantine

Quotient familial	Participation repas /enfant	A partir du 3ème enfant
< 1000	1€	
≥ 1000 <1200	1,50€	
≥ 1200 <1600	3,10€	2,55€
> 1600	3,90€	2,55€

Protection des données personnelles :
 Votre demande est destinée au service enfance de la ville de Combrit dans le but d'instruire la demande d'inscription de votre enfant aux services périscolaire et de restauration . Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et en cas de motifs légitimes, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Pour exercer vos droits : service.enfance@combrit-saintemarine.fr