DEPARTEMENT de l’OISE

S.I.V.O.M. des VILLAGES de la VALLEE du REVEILLON

**🖃 Mairie – 12 rue Jean-Baptiste Crèvecœur – 60240 LATTAINVILLE**

**🕿03 44 49 96 87**

**Courriel  :** **rpi.vvr@orange.fr**

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

CANTINE ET PERISCOLAIRE

RENTREE 2025-2026

(Dossier destiné au secrétariat du SIVOM - A retourner complété avant le 11 juillet 2025)

**Nom et Prénom de l’enfant :**

**Classe de l’enfant en septembre 2025 :**

**Je soussigné(e) :**

**Nom et Prénom du responsable légal de l’enfant : ………………………………………………………..**

**Numéro de Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_**

**Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………**

**Téléphone : fixe ………………………………. Portable …………………………………………………**

**Coordonnées de l’employeur (nom, adresse, téléphone) : ………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nom et Prénom du second responsable légal de l’enfant : ………………………………………………………………………………………….**

**Numéro de Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_**

 **Coordonnées de l’employeur (nom, adresse, téléphone) : ………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de la cantine scolaire et du périscolaire et en accepte les conditions. J’inscris le(s) enfant(s) suivant(s). (Fiche jointe)**

**Fait à ………………………………………… le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**

Signature

DEPARTEMENT de l’OISE

S.I.V.O.M. des VILLAGES de la VALLEE du REVEILLON

**🖃 Mairie – 12 rue Jean-Baptiste Crèvecœur – 60240 LATTAINVILLE**

**🕿03 44 49 96 87**

**Courriel  :** **rpi.vvr@orange.fr**

**RENSEIGNEMENTS DESTINES A LA CANTINE ET AU PERISCOLAIRE**

**Nom et Prénom de l’enfant : ………………………………………………………….**

**Date de naissance de l’enfant : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**

**Classe de l’enfant en septembre 2025 :**

**Responsable légal de l’enfant :**

**Père Mère Tuteur**

**Adresse : …………………………………………………………………………………………**

**Téléphone : fixe ……………………………. portable…………………………………**

**Mail : ……………………………………………………………………………………………….**

**Médecin traitant : ……………………………………………………………………………**

**Adresse : ………………………………………………………………………………………….**

**Téléphone : ……………………………………………………………………………………..**

**Problèmes éventuels de santé nécessitant des conditions particulières :**

**Renseignements concernant une tierce personne habilitée à prendre toutes dispositions concernant l’enfant en cas d’impossibilité des responsables légaux :**

**Nom et Prénom :**

**Téléphone :**

**Je soussigné(e) …………………………………………………………… autorise le SIVOM à prendre toutes dispositions en cas d’urgence.**

**Fait à …………………………………….. le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**

Signature