



Département de l'Oise
Arrondissement de Clermont
Canton de Pont Sainte Maxence

Mairie de BRENOUILLE
16 rue Robert Guerlin - 60870 Brenouille

Tél.: 03 44 70 70 70
contact@brenouille.fr

INFORMATION

ANNEE SCOLAIRE 2022-2023 INSCRIPTION A LA CANTINE SCOLAIRE ECOLE MATERNELLE ET PRIMAIRE

Chaque année, si vous souhaitez que votre enfant bénéficie du service de la restauration scolaire, vous devez obligatoirement constituer un dossier d'inscription auprès de la Mairie.

Le prix d'un repas de cantine est actuellement de 5.20€. Ce prix est inchangé depuis plusieurs années. Il représente le coût du repas et de l'accompagnement périscolaire des enfants, minoré de la prise en charge de la commune.

Le service cantine est accessible à tous les enfants, que les parents travaillent ou ne travaillent pas.

MODALITES D'INSCRIPTION AUX HEURES D'OUVERTURE DE LA MAIRIE* :

- **Fournir l'attestation d'assurance de responsabilité civile**
- **Remplir le document d'inscription ci-joint**

Nous vous rappelons qu'il est impératif que ces documents soient retournés en Mairie, le plus rapidement possible, **le vendredi 29 juillet 2022 au plus tard.**

En cas d'allergie à un produit alimentaire, les familles devront en faire part lors de l'inscription. Un PAI devra obligatoirement être mis en place (projet d'accueil individualisé).

Nous souhaitons que le service de restauration reste un service à la carte. A l'inscription, les repas des enfants seront systématiquement prévus pour tous les jours de la semaine. Les parents auront donc la charge de supprimer eux même les repas qui ne seront pas nécessaires. Le délai de suppression est de 5 jours ouvrés, ou 7 jours en comptant le week-end. En cas d'oubli, le repas commandé sera facturé, même s'il n'a pas été consommé (sauf enfant malade). La suppression des repas se font sur le portail PERISCOWEB à l'aide de vos identifiants personnels fournis par la Mairie.

La facturation du service est établie à chaque fin de mois, le règlement se fait en ligne, par carte bleue sur le portail PERISCOWEB. Pour les familles qui n'auraient pas la possibilité de payer en ligne, il convient de vous rapprocher de la Mairie.

En cas d'impayés et après 2 relances infructueuses, la Mairie se réserve le droit de résilier l'inscription au service de restauration scolaire. De même, toute réinscription en septembre 2022 ne sera possible qu'après apurement des dettes.

Règlement en vigueur de septembre 2022 à juillet 2023.

La Mairie

** Heures d'ouverture : ☉ du lundi au vendredi (de 10h à 12 h)*

☉ Lundi, mercredi, vendredi (de 16 h à 17h30)

☉ Le 1^{er} samedi du mois (de 10 h à 12 h, si jour férié : le 2^{ème})



Inscription à la RESTAURATION SCOLAIRE – Année 2022/2023

Responsables légaux :

Situation familiale : célibataire, vie maritale, marié(e), divorcé(e)/séparé(e), pacsé(e)
(rayer les mentions inutiles)

N° CAF : _____ (fournir attestation)

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

☒ Domicile : _____

☒ Domicile : _____

☒ Portable : _____

☒ Portable : _____

☒ Travail : _____

☒ Travail : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

Nom et adresse employeur : (fournir attestation)

Nom et adresse employeur : (fournir attestation)

NOM ET PRENOMS DES ENFANTS	CLASSE EN SEPTEMBRE 2022

Moyen de paiement : espèces, chèques, paiement en ligne (rayer les mentions inutiles)

Attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant (fournir attestation)
Attestation de la CAF

L'enfant mangera à la cantine le 1er jour de la rentrée scolaire : OUI NON

Régime alimentaire : (cocher les cases)

SANS PORC

SANS VIANDE

} Le plat sera systématiquement remplacé par une autre préparation.

Je certifie que mon (mes) enfant(s) n'est (ne sont) pas allergique(s) à aucun produit alimentaire

Mon (mes) enfant(s) présente(nt) une allergie à la consommation de : (Nom, Prénom, allergie)

Ne sont pris en compte que les cas signalés par le biais d'un projet d'accueil individualisé (PAI) avec production d'un certificat médical d'un médecin spécialiste (ex : allergologue pour les allergies alimentaires).

Observations éventuelles :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les responsables légaux)

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Lien de parenté : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Lien de parenté : _____

Brenouille, le _____ 2022

Signature des responsables légaux :

Le Maire de la Commune de Brenouille sis 16 rue Robert Guerlin - 60870 BRENOUILLE a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 2 rue Jean Monnet en qualité de délégué de la protection des données.

Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement : restauration scolaire.

Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées.

Les données ne sont destinées qu'à la Mairie de Brenouille et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée de 5 ans. Conformément aux articles 15 et 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter contact@brenouille.fr /16 rue Robert Guerlin - 60870 BRENOUILLE. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Pour enfants et adolescents atteints de trouble de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

ELEVE CONCERNE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Photo de l'élève

ETABLISSEMENT CONCERNE

Année scolaire : 20 / 20 Restauration scolaire : Oui Non

Classe : Accueil périscolaire : Oui Non

Responsables à contacter

	Père	Mère	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mail			

Médecins référents de la pathologie

Nom : ☎ : Mail :

Nom : ☎ : Mail :

Service hospitalier : ☎ : Mail

IMPORTANT

Les pages 2 et 3 sont à renseigner exclusivement par le médecin référent de la pathologie
Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et /ou des besoins spécifiques de l'élève doit être datée, signée et tamponnée par le médecin la proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.

- ⇒ Tout personnel remplaçant, animateur /éducateur sportif, assistant, doit être informé de ce PAI.
- ⇒ Obligation de **discretion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**

Si appel Centre 15, préciser l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE (hors situation d'urgence)
--

- Education Physique et Sportive (EPS): se référer au **certificat médical national réglementaire** spécifique
- Tout **type** de déplacement et EPS : prendre trousse d'urgence
- Précautions si activité en extérieur (récréation...) :
- Classe transplantée : voir page 4/4
- Accès prioritaire à la restauration scolaire :
- Régime alimentaire :
- Temps de repos, sieste, horaire adapté ...:
- Boisson (classe), collation supplémentaire, sortie de classe selon besoin de l'élève (toilette, infirmerie...) :
- Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier :
- Service d'assistance pédagogique à domicile (SASPAD)
- Double jeu de livres :
- Autres :

Traitement médical au quotidien (médicaments, soins, régime alimentaire...)
--

Joindre l'ordonnance si prise médicamenteuse sur temps scolaire ou périscolaire :

Date :

Signature et cachet du médecin référent pour la pathologie

PROTOCOLE d'INTERVENTION MEDICALE d'URGENCE
--

(Sauf ALLERGIE) En conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, appeler le Centre 15 / 112**

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

Date :

SIGNATURE et CACHET du MEDECIN REFERENT pour la PATHOLOGIE

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

ALLERGIES

Allergènes :

Troubles Respiratoires connus : oui non

RESTAURATION SCOLAIRE / GOUTER

- Non Autorisé
- Autorisé avec panier repas familial seul, si possible dans la collectivité territoriale compétente
L'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille.
- Autorisé avec plateau spécifique industriel garanti sans allergènes si proposé par la collectivité territoriale compétente.
- Menu habituel sous réserve d'éviction simple du ou des aliments allergènes, si possible dans la collectivité territoriale compétente (Les parents prendront connaissance des menus)
Préciser lesquels :
- Eviction alimentaire complète lors de semaine du goût et autres actions avec dégustation

AUTRES ATTENTIONS PARTICULIERES nécessitant des aménagements :

- Manipulation : pâte à modeler, pâte à sel, cacahuètes, fruits à coque...
- Autres (exposition à des produits volatiles...):

PROTOCOLE d'INTERVENTION MEDICALE d'URGENCE

A remplir par le médecin référent de la pathologie, en conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Alerter immédiatement le Centre 15/112 dès les premiers signes** : informer de l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté
- ⇒ **Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, rappeler le Centre 15 / 112**

SIGNES d'APPEL	CONDUITES A TENIR
Urticaire aigu: plaques rouges et démangeaisons	Faire avaler:
Œdème sans signe respiratoire: gonflement des lèvres, visage ou partie du corps et démangeaisons	Faire avaler:
Conjonctivite: Yeux rouges gonflés	
Crise d'asthme : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement, difficulté à parler...	Faire inhaler :.....bouffées consécutives de Chambre d'inhalation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si pas d'amélioration dans les minutes, faire à nouveau inhaler bouffées consécutives de Si toujours pas d'amélioration après un total de bouffées ou minutes, faire : Si échec des sprays avec aggravation OU d'EMBLEE SIGNES d'ASPHYXIE, injecter dans la face antérieure de la cuisse :
Œdème (laryngé) et signes respiratoires : Toux rauque, voix modifiée, étouffement	Injecter sur la face antérieure de la cuisse :
Malaise avec signes d'appel: fatigue inhabituelle, sensation de malaise avec une ou plusieurs manifestations allergiques (cutanée, gêne respiratoire, troubles digestifs...) Perte de connaissance :	Coucher l'élève et surélever ses jambes OU SI GÊNE RESPIRATOIRE l'installer en position demi-assise Injecter sur la face antérieure de la cuisse :

Date :

SIGNATURE / CACHET du MEDECIN REFERENT pour la PATHOLOGIE ALLERGIQUE

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

Je soussigné(e)

responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents** d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRESENTANTS LEGAUX

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES à PREVOIR pour la CLASSE TRANSPLANTEE

- Besoins spécifiques supplémentaires :

- Traitement médical et paramédical (ordonnance à joindre) :

DATE :

Signatures : Médecin référent de la pathologie :

Directeur/Chef d'Etablissement :

Médecin Education Nationale :

Professeur Principal ou Accompagnant :

Représentants Légaux :

TROUSSES d'URGENCE :

Contenu : les médicaments fournis par les parents à l'identique de l'ordonnance et le double de ce PAI. Les parents **sont responsables** de renouveler les médicaments périmés ou utilisés.

Lieu rangement fixe et accessible en permanence :

Frigidaire : oui non

Si Déplacement, prendre la trousse d'urgence

DATES et SIGNATURES

Date :

Pour une durée de :

Directeur/Chef d'Etablissement :

Médecin Education Nationale :
(en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal :

Infirmier Education Nationale :

Professeur EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

Partenaire (s) extérieur (s) :