

Cadre réservé à l'administration

## DEPÔT DE DOSSIER - DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET/OU RESTAURATION

Scolaire □ Restauration □ Dérogation□

Année scolaire : 20...../ 20...... Les dossiers incomplets ne seront pas réceptionnés

Date de réceptior Quartier de réside	de réception à l'accueil : Nom de l'agent : tier de résidence :							
COMPOSITION DU FOYER FISCAL (A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)								
REPRESENTANT		sonne qui sera i	redevable de la fa	cturation)				
	Monsieur □							
Nom :				Prénom :				
				eu de naissance :				
	Adresse:							
Lien de parenté : P	ien de parenté : Père □ Mère □ Autres □ :							
				CDI 🗖		interim 🗀	Autre 🗀	
portable :				burea				
Régime : CAF □	MSA □ Autre	s □ :	N	luméro Allocataire CA	F:			
CONJOINT DU RE	PRESENTAN	T LEGAL 1						
	∕lonsieur □							
Nom:				Prénom:				
Date de naissance	:		Lio	eu de naissance :				
Adresse:				C	ommune :			
				Autres □ :				
				CDI 🗖		Intérim □	Autre □	
portable :			domicile :		bureau :			
"Mali .								
Régime : CAF □	MSA □ Autre	s 🗆 Numéro	Allocataire CAF	:				
Régime : CAF ☐ * En nous transmetta	MSA □ Autre ant votre adresse	s  Numéro  mail vous accep	o Allocataire CAF tez de recevoir des	:informations par mail du	ı Pôle Éducati	on de la Ville d		
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ	MSA □ Autre ant votre adresse  UEMENT EN	s  Numéro  mail vous accep	o Allocataire CAF tez de recevoir des	:	ı Pôle Éducati	on de la Ville d		
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT	MSA □ Autre ant votre adresse UEMENT EN O LEGAL 2	s  Numéro  mail vous accep	o Allocataire CAF tez de recevoir des	:informations par mail du	ı Pôle Éducati	on de la Ville d		
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   N	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT EN (  LEGAL 2  Monsieur	s	o Allocataire CAF tez de recevoir des	:informations par mail du	ı Pôle Éducati	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame  Nom :	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT EN (  LEGAL 2  Nonsieur	s	o Allocataire CAF tez de recevoir des RATION OU DIVO	:	ı Pôle Éducati	on de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT EN (  LEGAL 2  Nonsieur	s	o Allocataire CAF tez de recevoir des RATION OU DIVO	:	ı Pôle Éducati	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  * En nou	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT EN (  LEGAL 2  Monsieur	s	o Allocataire CAF tez de recevoir des RATION OU DIVO	:	ı Pôle Éducati	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :  Date de naissance  Adresse :  Lien de parenté : P	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT  EN (  LEGAL 2  Monsieur     Père	s □ Numéro e mail vous accep CAS DE SEPAR Mère □	Allocataire CAF tez de recevoir des RATION OU DIVO	:	TRES CAPITAL	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :  Date de naissance  Adresse :  Lien de parenté : P  Situation familiale :	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAR  Mère □  Divorcé(e) □	Allocataire CAF tez de recevoir des RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)	:	TRES CAPITAL  commune :	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAF  Mère   Divorcé(e)	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIV  Li  Tuteur  Veuf (ve)	:	TRES CAPITAL  commune :	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAF  Mère   Divorcé(e)	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIV  Li  Tuteur  Veuf (ve)	:	TRES CAPITAL  commune :  Union libre	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  * EPRESENTANT  Madame   * Nom :	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAR  Mère  Divorcé(e)  domicile:	Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVC  Li  Tuteur  Veuf (ve)	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre	ion de la Ville d	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT   EN (  LEGAL 2  Monsieur     Père     Marié(e)    t votre adresse r	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAF  Mère  Divorcé(e)  domicile :  @ mail vous accepte	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVC  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf de recevoir des ir	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	ion de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta	MSA   Autre ant votre adresse  UEMENT   EN (  LEGAL 2  Monsieur     Père     Marié(e)    t votre adresse r	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAF  Mère  Divorcé(e)  domicile :  @ mail vous accepte	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVC  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf de recevoir des ir	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	ion de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :	MSA	Mère Divorcé(e) domicile:  mail vous accepte  Mère Numéro  Momicile:  Momicile:  Mail vous accepte  Sumail vous accepte	Allocataire CAF tez de recevoir des RATION OU DIVC  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	ion de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame  Nom :	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte Numéro  (A REMPLIR EN LE	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	ion de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF □ * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame □ N Nom :  Date de naissance Adresse : Lien de parenté : P Situation familiale : Profession : Employeur : □□ portable : Mail : En nous transmettan Régime : CAF □  COMPOSITION DI Nombre total d'enfa	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte S  Numéro  KA REMPLIR EN LE  oter uniquement	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF □ * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame □ N Nom :  Date de naissance Adresse : Lien de parenté : P Situation familiale : Profession : Employeur : □□ portable : Mail : En nous transmettan Régime : CAF □  COMPOSITION DI Nombre total d'enfa	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère  Divorcé(e)  domicile :  anil vous accepte Numéro	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF □ * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame □ N Nom :  Date de naissance Adresse : Lien de parenté : P Situation familiale : Profession : Employeur : □□ portable : Mail : En nous transmettan Régime : CAF □  COMPOSITION DI Nombre total d'enfa	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte S  Numéro  KA REMPLIR EN LE  oter uniquement	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF □ * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame □ N Nom :  Date de naissance Adresse : Lien de parenté : P Situation familiale : Profession : Employeur : □□ portable : Mail : En nous transmettan Régime : CAF □  COMPOSITION DI Nombre total d'enfa	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte S  Numéro  KA REMPLIR EN LE  oter uniquement	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF □ * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame □ N Nom :  Date de naissance Adresse : Lien de parenté : P Situation familiale : Profession : Employeur : □□ portable : Mail : En nous transmettan Régime : CAF □  COMPOSITION DI Nombre total d'enfa	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte S  Numéro  KA REMPLIR EN LE  oter uniquement	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF  * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame   Nom :	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte S  Numéro  KA REMPLIR EN LE  oter uniquement	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	
Régime : CAF □ * En nous transmetta  A REMPLIR UNIQ  REPRESENTANT  Madame □ N Nom :  Date de naissance Adresse : Lien de parenté : P Situation familiale : Profession : Employeur : □□ portable : Mail : En nous transmettan Régime : CAF □  COMPOSITION DI Nombre total d'enfa	MSA	Numéro mail vous accep  CAS DE SEPAN  Mère   Divorcé(e)   domicile :  anil vous accepte S  Numéro  KA REMPLIR EN LE  oter uniquement	D Allocataire CAF tez de recevoir des  RATION OU DIVO  Li  Tuteur  Veuf (ve)  Veuf (ve)  D Allocataire CAF	informations par mail du  DRCE (A REMPLIR EN LET  Prénom :	TRES CAPITAL  commune :  Union libre  CDD □	on de la Ville d  ES)  Pacsé  Intérim   n de la Ville de	e Creil	

Enfant 1 (A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)					
Date de naissance :	Lieu de r	naissance Garçon 🗆 Fille 🗆			
	rit dans une école de Creil :	OUI □ NON □Classe :			
Si NON, souhaitez vous ir Si vous souhaitez inscrire votre enfa		OUI  NON  lieu de résidence, merci de remplir la demande de dérogation « page 3 »			
INSCRIPTION RESTAURAT	ION SCOLAIRE :				
□ RESERVATIONS PERMANENTES A LA RESTAURATION SCOLAIRE □ RESERVATIONS OCCASSIONNELLES A LA RESTAURATION SCOLAIRE					
Si vous souhaitez faire <u>une dema</u> à la restauration scolaire, merci c sur l'année (la facturation sera fait	le cocher la fréquentation souhaitée	Si vous souhaitez faire <u>des réservations de façon « occasionnelle »,</u> merci de contacter le service concerné au :  - 03 44 29 52 16 (secteur « centre ville et Moulin »)			
	Restauration scolaire	- 03 44 29 52 81 (secteur «Rouher et Cavées »)			
LUNDI		Ou par mail à : commande.repas@mairie-creil.fr			
MARDI		et de formuler vos demandes en respectant les délais			
JEUDI		impartis. Voir renseignements sur la fiche « information			
VENDREDI		aux parents ».			
	itez que votre enfant déjeune				
	Enfant 2 (A REMPLIR	EN LETTRES CAPITALES)			
Nom :		Prénom:			
Date de naissance :	Lieu de r	naissance Garçon 🗆 Fille 🗆			
	rit dans une école de Creil :	OUI □         NON □			
Si NON, souhaitez vous inscrire votre enfant : OUI  NON Si vous souhaitez inscrire votre enfant sur un autre secteur que celui de votre lieu de résidence, merci de remplir la demande de dérogation « page 3 »					
INSCRIPTION RESTAURAT	ION SCOLAIRE :				
□ RESERVATIONS PERMANENTES A LA RESTAURATION SCOLAIRE □ RESERVATIONS OCCASSIONNELLES A LA RESTAURATION SCOLAIRE					
Si vous souhaitez faire <u>une dema</u> à la restauration scolaire, merci c sur l'année (la facturation sera fait	le cocher la fréquentation souhaitée	Si vous souhaitez faire <u>des réservations de façon « occasionnelle »,</u> merci de contacter le service concerné au :			
,	Restauration scolaire	- 03 44 29 52 16 (secteur « centre ville et Moulin ») - 03 44 29 52 81 (secteur «Rouher et Cavées ») Ou par mail à : commande.repas@mairie-creil.fr			

et de formuler vos demandes en respectant les délais

aux parents ».

impartis. Voir renseignements sur la fiche **« information** 

A partir de quelle date souhaitez que votre enfant déjeune à la restauration ? .....

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

Enfant 3 (A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)						
Nom :		Prénom :				
Date de naissance : Garçon □ Fille □						
	rit dans une école de Creil :	OUI □ NON □ Classe :				
Si NON, souhaitez vous in Si vous souhaitez inscrire votre enfa		OUI □ NON □ eu de résidence, merci de remplir la demande de dérogation « page 3 »				
INSCRIPTION RESTAURAT	ION SCOLAIRE :					
□ <u>RESERVATIONS PERMANENT</u>	TES A LA RESTAURATION SCOLAIRE	☐ <u>RESERVATIONS OCCASSIONNELLES A LA RESTAURATION</u> <u>SCOLAIRE</u>				
Si vous souhaitez faire <u>une dema</u> à la restauration scolaire, merci d sur l'année (la facturation sera faite	le cocher la fréquentation souhaitée	Si vous souhaitez faire <u>des réservations de façon « occasionnelle »,</u> merci de contacter le service concerné au :  - 03 44 29 52 16 (secteur « centre ville et Moulin »)				
	Restauration scolaire	- 03 44 29 52 81 (secteur «Rouher et Cavées ») Ou par mail à : commande.repas@mairie-creil.fr				
LUNDI		, ,				
MARDI		et de formuler vos demandes en respectant les délais				
JEUDI		impartis. Voir renseignements sur la fiche « information				
VENDREDI		aux parents ».				
Cocher le dispositif relatif à la		Scolaire / Restauration				
Cooner to diopoditii roidtii d te	a domando do dorogadon					
Scolaire □	Restauration □ (dans le	cas d'un enfant en maternel et dont au moins l'un des deux parents ne travaille pas)				
Nom et prénom de(s) l'enfant(s) concerné(s) :						
Si demande de dérogation scolaire, merci d'indiquer le secteur souhaité :						
Raisons motivant la demande :						
Date souhaitée pour l'accueil :						

## Important:

Dérogation :

- Toute modification concernant les informations données, doit être signalée (adresse, numéro de téléphone, situation de famille, nom et numéros de téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, état de santé de l'enfant...).
- Vos demandes de réservations de repas pour la restauration scolaire sur l'année ou occasionnelles ne valent pas validation automatique. Vos demandes seront étudiées et une réponse vous sera donnée par les services concernés.
- Si vous inscrivez vos enfants à la restauration, ce service est payant et le tarif est calculé en fonction des ressources des familles (taux d'effort). Pour le calcul du taux d'effort, il est impératif de fournir les documents exigés (voir cidessous). Sans ces documents, le tarif maximum sera appliqué. Toute annulation de réservation de repas doit être signalée au service concerné. Dans le cas contraire, les repas seront facturés.
- Pour une inscription scolaire :

En fonction de l'adresse de votre domicile, vous dépendez de l'un des 5 secteurs de Creil auxquels les écoles sont rattachées. Votre enfant sera donc affecté à l'une des écoles de son secteur en fonction des capacités d'accueil des établissements scolaires. Dans le cas où vous souhaiteriez inscrire votre enfant sur un autre secteur que le votre, il vous faudra remplir « la demande de dérogation ». Les dérogations ne valent que pour un cycle (maternel ou élémentaire) et doivent être renouvelées au changement de cycle (passage CP).

			emande de déroç tre renouvelées au	•	•		oour un cycle (maternel
légal d	le(s) l'enfant(s	) certifie que		fournies sont	exactes, et de	éclare avoir	responsable pris connaissance du
Fait à		, le			signa	ature,	
Pour ur  □ Copie □ Copie □ Copie □ Copie □ La fic □ Pour	e des vaccins (s e des documents e des justificatifs che Enfant (à ren	scolaire: nille ou extrait d e référer au can s officiels de gar de domicile de nplir obligatoire	acte de naissance net de santé) de (en cas de divorce moins de 3 mois nent) <b>avec la photo</b> pièce d'identité de la	d'identité	berge + attestatio	on sur l'honneu	ır d'hébergement
☐ Copie ☐ Attes ☐ La fic	station d'assuran che Enfant (à ren	osition (le plus r ce (extra scolair nplir obligatoire	écent) et copie de la	·	·		
			ses maternelles en re récente de travail o		contrat de travai	il de chacun de	s parents)
Les doci	uments officiels (	doivent être imp	érativement traduits é	en Français. Aucun	ne photocopie ne	sera faite lors (	de votre enregistrement
Cadre ré	éservé à l'adminis	tration					
Traiteme	ent du dossier						
□ Accue	eil :	le	Ager	nt :			
Inscriptio	ce Education on scolaire : on restauration :		Age				