

RESTAURANT SCOLAIRE de Creuzier le Neuf

Fiche d'inscription et de renseignements à retourner au **secrétariat de la Mairie** **impérativement avant le 07 juillet 2019**

Le présent document a pour objet d'inscrire votre enfant au restaurant scolaire. Il doit être rempli soigneusement et retourné, même si la fréquentation de votre enfant est occasionnelle.

Vous devez prendre connaissance du nouveau règlement intérieur avant de remplir ce présent document.

NOM (enfant) : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : ____/____/____ **Classe fréquentée (en 2019-2020):** _____

INFORMATIONS GENERALES

PERE

MERE

NOM		
Prénom		
Adresse		
Code postal & commune (si hors Creuzier le Neuf)		
Téléphone fixe / portable	____-____-____/____-____-____	____-____/____-____-____
Adresse mail	@	@
Profession		
Nom de l'Employeur		

Assurance (Responsabilité civile ou extrascolaire) :
 Nom Assurance : _____ N° Assurance : _____

INFORMATIONS RELATIVES A LA RESTAURATION SCOLAIRE

Inscription de votre enfant au Restaurant Scolaire

⇒ **Cocher les cases correspondantes :**

Fréquentation occasionnelle (la fréquentation de votre enfant sera variable, ne correspondra pas à un jour fixe)

Fréquentation régulière (la fréquentation de votre enfant sera fixe –un ou plusieurs jours définis) :

⇒ **Cocher le ou les jours de présence au restaurant scolaire :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:

VACCINS	DATE DU VACCIN	DATE DU RAPPEL
B.C.G	____/____/____	
DTP (Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite)	____/____/____	____/____/____

Renseignements importants à signaler, ou orientation vers un PAI (Projet d'Accueil Individuel) (ex : intolérance et/ou allergie alimentaire...) : _____

⇒ **Joindre impérativement à cette fiche d'inscription, un certificat médical faisant apparaître la nature de l'allergie.**

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (à remplir obligatoirement) :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : ____-____-____-____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : ____-____-____-____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : ____-____-____-____

Nom Médecin Traitant : _____ Tél : ____-____-____-____

Lieu d'hospitalisation : _____

Je soussigné(e) _____ autorise toutes les dispositions qui s'imposent en cas d'urgence, **déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur** et certifie les renseignements fournis comme exacts.

L'inscription implique le respect du règlement ci-joint

En cochant la case, j'accepte le règlement intérieur (à conserver)

A _____ le ____/____/2019

(tarifs : 2.50€ pour une fréquentation régulière et 3.20 € pour une fréquentation occasionnelle)