

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 n'est qu'occasionnelle.

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

NOM (enfant) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Classe fréquentée (en 2017-2018): \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS GENERALES

## PERE

## MERE

NOM		
Prénom		
Adresse		
Code postal & commune (si hors Creuzier le Neuf)		
Téléphone fixe / portable	____-____-____/____-____-____	____-____/____-____-____
Adresse mail(en majuscule pour plus de visibilité)	@	@
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(Diphthérie,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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017 En  cochant la case, j'accepte le règlement intérieur.

(tarifs : 2.40€ pour une fréquentation régulière et 3.10 € pour une fréquentation occasionnelle)