

Il doit être rempli soigneusement et retourné, même si la fréquentation de votre enfant n'est qu'occasionnelle.

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

NOM (Enfant) : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Classe fréquentée (En 2020-2021) : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

PÈRE

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 (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 (A 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.

En cochant la case, j'accepte le règlement intérieur.

L'inscription implique le respect du règlement modifié ci-joint.

A _____ le ____/____/2020