

# FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire 2018-2019

A la restauration scolaire intercommunale  
(une fiche par enfant et par an)

**Dossier à retourner avant le 20 juillet 2018 à la mairie de Teurthéville-Hague**

Documents à fournir **OBLIGATOIREMENT** pour l'admission d'un élève à la restauration scolaire :

- La présente feuille d'inscription dûment et lisiblement complétée (
- N° d'allocataire CAF :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Féminin  Masculin

Classe..... Ecole .....

## CHOISIR LA FORMULE DE RESTAURATION A LA CANTINE SCOLAIRE

1- Fréquentation Régulière

2- Fréquentation occasionnelle

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  au planning (à joindre)

L'élève déjeunera à partir de la rentrée .....  **ou** à partir du

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALLERGIES

L'enfant suit-il un traitement médical particulier et / ou présente t-il une allergie alimentaire ?

Oui  non Si oui, lesquels ?

.....

**Si oui, vous devez impérativement contacter le médecin scolaire AVANT LA RENTREE afin d'établir un Plan d'Accueil Individualisé pour que votre enfant soit accueilli.**

## ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE couvrant l'enfant pendant la pause méridienne

Nom de l'assurance : .....

Numéro de contrat : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANTS LES REPRESENTANTS LEGAUX**

<b>Qualité :</b> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> <b>Autorité parentale :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Qualité :</b> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> <b>Autorité parentale :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom : Prénom : Adresse : CP                      Ville Tél. domicile Tél. portable <b>Mail :</b>  Employeur	Nom : Prénom : Adresse : CP                      Ville Tél. domicile Tél. portable <b>Mail :</b>  Employeur

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT (joignable entre 12H00 et 13H45)**

Père  Mère  Tuteur  Autres (précisez dessous)

Nom, prénom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

**FACTURATION ET PAIEMENT DES REPAS**

Choix du moyen de paiement :  prélèvement automatique mensuel (joindre un RIB)

Espèce ou Chèque

J'accepte de recevoir les factures par mail  Oui (adresse mail obligatoire)

Non

**ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL**

Je soussigné ..... représentant                      légal                      de  
l'enfant.....

- 1) autorise le personnel de la restauration scolaire à le confier aux services de secours pour qu'il soit conduit à l'hôpital, pris en charge et opéré en cas d'urgences,
- 2) atteste avoir pris connaissance, accepter et me conformer au règlement intérieur.

**Fait à ....., le .....**

**Signature du représentant légal :**