

FICHE D'INSCRIPTION

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

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

- La présente feuille d'inscription dûment et lisiblement complétée (cocher les réponses exactes)
- En cas de problème médical : le PAI avant la rentrée
- OBLIGATOIRE : N° d'allocataire CAF :

Dossier à retourner avant le 15 juillet 2017 à la mairie de Teurthéville-Hague

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S)

Nom : **Prénom** :
Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Classe Ecole

Nom : **Prénom** :
Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Classe Ecole

Nom : **Prénom** :
Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Classe Ecole

Nom : **Prénom** :
Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Classe Ecole

CHOISIR LA FORMULE DE RESTAURATION A LA CANTINE SCOLAIRE

- 1- Forfait : tous les jours scolarisés
 - 2- Fréquentation occasionnelle
- Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- 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.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANTS LES REPRESENTANTS LEGAUX

ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL.

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

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT (joignable entre 12H00 et 13H45) Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres (précisez dessous) <input type="checkbox"/>	
Nom, prénom, rôle par rapport à l'enfant et téléphone	

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
Nom et Signature du représentant légal :