

FICHE D'INSCRIPTION AU
RESTAURANT SCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

INFORMATIONS SUR LE FOYER



1^{er} représentant légal Père Mère Tuteur

Titulaire de l'autorité parentale : oui non

Mr Mme Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

Courriel :@.....



2^{ème} représentant légal Père Mère Tuteur

Titulaire de l'autorité parentale : oui non

Mr Mme Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

Courriel :@.....

En cas de séparation des parents, fournir toute pièce justificative du droit de garde exclusif.

INFORMATIONS SUR LES ENFANTS DE LA FAMILLE SCOLARISÉS A LA VILLE-AUX-DAMES

1^{er} enfant Nom et Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence :

Etablissement scolaire fréquenté 2018/2019 : École Maternelle École Élémentaire Classe :

Votre enfant est-il en P.A.I. (allergie, asthme, ...) : Non Oui (joindre un certificat médical)

Exclusion de certains types d'aliments en raison de restrictions alimentaires non liées à un P.A.I. et attestées par le médecin de famille :
.....

2^{ème} enfant Nom et Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence :

Etablissement scolaire fréquenté 2018/2019 : École Maternelle École Élémentaire Classe :

Votre enfant est-il en P.A.I. (allergie, asthme, ...) : Non Oui (joindre un certificat médical)

Exclusion de certains types d'aliments en raison de restrictions alimentaires non liées à un P.A.I. et attestées par le médecin de famille :
.....

3^{ème} enfant Nom et Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence :

Etablissement scolaire fréquenté 2018/2019 : École Maternelle École Élémentaire Classe :

Votre enfant est-il en P.A.I. (allergie, asthme, ...) : Non Oui (joindre un certificat médical)

Exclusion de certains types d'aliments en raison de restrictions alimentaires non liées à un P.A.I. et attestées par le médecin de famille :
.....

RESTAURATION SCOLAIRE

Nom et Prénom de l'enfant	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Je n'autorise pas la publication d'images prises dans le cadre des différentes activités de votre enfant, dans la presse locale et nationale et sur tous les supports de communication de la Mairie (journal municipal, site internet, films, affiches, ...).

ASSURANCE

Nom et adresse de la compagnie d'assurance durant les activités extrascolaires :
.....
N° de la police d'assurance :

PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE VOTRE (VOS) ENFANT(S)

1^{er} contact : Nom et Prénom :
Lien avec l'enfant : grand-parent ami(e) voisin(e) assistante maternelle autre :
☎ Domicile : ☎ Portable :

2^{ème} contact : Nom et Prénom :
Lien avec l'enfant : grand-parent ami(e) voisin(e) assistante maternelle autre :
☎ Domicile : ☎ Portable :

3^{ème} contact : Nom et Prénom :
Lien avec l'enfant : grand-parent ami(e) voisin(e) assistante maternelle autre :
☎ Domicile : ☎ Portable :

Les représentants légaux reconnaissent être informés que l'inscription aux activités vaut acceptation des règlements municipaux et s'engagent à informer les services municipaux de tout changement (adresse, situation familiale, ...).

Lu et approuvé, le Signature(s) du (des) représentant(s) légal (aux) :