

COMMUNE DE SANVIGNES-LES-MINES
INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE 2021-2022

(Fiche sanitaire et autorisations diverses)

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Marié Séparé Divorcé Concubin Pacsé Célibataire

Mère Autre

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Née le

Adresse

Ville CP :

Tél fixe

Tél portable

Adresse mail

Nom et adresse de l'employeur

.....

En cas d'urgence : Tél travail

Autre N° de téléphone

N° Allocataire CAF MSA :

Père Autre

Nom

Prénom

Né le

Adresse

Ville CP

Tél fixe

Tél portable

Adresse mail

Nom et adresse de l'employeur

.....

En cas d'urgence : Tél travail

Autre N° de téléphone

N° Allocataire CAF MSA

L'ENFANT

Nom Prénom Sexe : Fille Garçon

Date de naissance Lieu de naissance

Ecole fréquentée PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et Téléphone du médecin traitant :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé : OUI NON

Si oui, s'agit-il d'un problème d'allergie alimentaire ? OUI NON

Si oui, faire remplir par votre médecin la feuille « Sogeres restaurateur » description de l'allergie.

Si non, fournir le PAI établi par votre médecin.

Les agents de la collectivité ne sont pas habilités à administrer des médicaments, sauf PAI.

AUTORISATIONS PARENTALES

Autorise **N'autorise pas**

Mon enfant à utiliser le transport mis en place par la Commune et à participer aux activités organisées par les animatrices

Autorise **N'autorise pas**

La commune à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de reportages photographiques et vidéos pendant le temps de restauration scolaire et d'animation.

Le défaut d'autorisation parentale de équivaut à un refus du transport de l'enfant. Elle est nécessaire dès lors que l'enfant déjeune au restaurant municipal, même une seule fois.

Autorise **N'autorise pas**

La diffusion par SMS d'informations relatives à l'organisation du service restauration scolaire.

FACTURATION ET MOYENS DE PAIEMENT

Facturation à :

NOM PRENOM ADRESSE

.....

.....

EN CAS DE GARDE ALTERNEE :

Facturation par moitié au père et à la mère : OUI NON

Sinon, fourniture obligatoire d'un planning de résidence de l'enfant.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement intérieur du Service Restauration Scolaire qui m'a été remis en même temps que cette fiche d'inscription.

Je m'engage à payer ma ou mes factures dans les délais et à signaler toute modification pouvant intervenir en cours de l'année scolaire, (déménagement, modification de situation familiale ou professionnelle.)

J'autorise la Commune à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident grave (médecin, transport à l'hôpital).

DATE

Mère (ou responsable)

Mention « lu et approuvé »
et signature

Père (ou responsable)

Mention « lu et approuvé »
et signature

AUTORISATION PARENTALE

DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Je soussigné :

Parent ou représentant légal de l'enfant :

Né(e) le :

Fréquentant l'école : en classe de :

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à notre enfant. (Joindre le PAI établi par le médecin).

Je m'engage à fournir le traitement **dans les locaux du restaurant scolaire** et à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à :

Le :

Signature du parent ou du représentant légal.