



# FICHE D'INSCRIPTION 2023/2024

## au restaurant scolaire et garderies des écoles publiques

NOM de l'élève

PRENOM

SEXE

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

AGE

ECOLE

CLASSE

### INSCRIPTIONS (cocher votre choix)

#### RESTAURANT SCOLAIRE

OUI

NON

#### GARDERIES des écoles publiques

OUI

NON

Fournir une attestation CAF/MSA indiquant votre numéro d'allocataire et votre quotient familial et la transmettre régulièrement pour la mise à jour de votre dossier.

ADRESSE D'ENVOI DES FACTURES : \_\_\_\_\_

MODE DE PAIEMENT : espèce/chèque

ou

Prélèvement automatique

(entourer votre choix)

joindre un RIB et signer le mandat de prélèvement

#### RESPONSABLE 1

NOM

PRENOM

LIEN DE PARENTÉ : père - mère - autre : préciser :

ADRESSE

E-MAIL :

TELEPHONE

PORTABLE

TELEPHONE PROFESIONNEL

NOM DE L'EMPLOYEUR

#### RESPONSABLE 2

NOM

PRENOM

LIEN DE PARENTÉ : père - mère - autre : préciser :

ADRESSE

E-MAIL :

TELEPHONE

PORTABLE

TELEPHONE PROFESIONNEL

NOM DE L'EMPLOYEUR

#### AUTRES PERSONNES A CONTACTER

##### Contact 1

NOM

PRENOM

LIEN DE PARENTE :

TELEPHONE

PORTABLE

A appeler en cas d'urgence : oui / non

Autorisé à récupérer l'enfant : oui / non

##### Contact 2

NOM

PRENOM

LIEN DE PARENTE :

TELEPHONE

PORTABLE

A appeler en cas d'urgence : oui / non

Autorisé à récupérer l'enfant : oui / non

## Autorisations

**Partir seul** : si vous souhaitez que votre enfant quitte seul ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche) oui / non

**Prise de photo** : nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant à titre gratuit dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. oui / non

**Sport** : nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. oui / non

**Hospitalisation** : nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant oui / non

## Appareillage

Lunettes : votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? oui / non

Appareil dentaire : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? oui / non

Appareil auditif : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? oui / non

## Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant bénéficie t-il d'un P.A.I ? oui / non

## Informations médicales

Nom du médecin

Téléphone

Adresse

Allergies :

Contre-indication :

Pratiques alimentaires :

Vaccin	Fait le	date rappel

Madadie	date	observation

Taille de l'enfant :

Poids de l'enfant :

Groupe sanguin :

## Attestation

Nous soussignés, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, certifions :

\* avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure disponible sur le site [www.stmeen.fr](http://www.stmeen.fr)

\* nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

\* certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

\* autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

\* attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

**RESPONSABLE 1**

Fait à : le :

Signature :

**RESPONSABLE 2**

Fait à : le :

Signature :