



Dossier d'inscription 2018/2019

À compléter et à retourner impérativement AVANT LE 8 JUIN 2018

- Une fiche par enfant -

● Renseignements des responsables de l'enfant

Responsable n°1

Nom :
 Prénom :
 Tuteur : OUI - NON *
 Adresse :
 CP :
 Commune :
 Mail :

Responsable n°2

Nom :
 Prénom :
 Tuteur : OUI - NON *
 Adresse :
 CP :
 Commune :
 Mail :

Téléphone

Au minimum 2, dans l'ordre, pour vous contacter en cas d'urgence
 (Merci de renseigner les deux tableaux)

Numéros	Père Mère Autre			Portable - Domicile - Professionnel		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Renseignements de l'enfant

Nom : Prénom :

Garçon / Fille (*Rayer la mention inutile*)

Date de naissance :

Classe (rentrée 2017/2018) :



● Renseignements médicaux

Vaccinations

- Joindre une copie du carnet de vaccinations
- Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Médecin traitant

Nom : _____ Téléphone : _____

Recommandations des parents

(maladies, traitements, allergies, asthme, régime, lunettes, prothèses dentaires ou auditives...)

.....
.....
.....

Si recommandations, quelles conduites et précautions faut-il prendre ?

.....
.....

Projet d'accueil individualisé

Un PAI est-il mis en place pour votre enfant ?

Oui Non

● Restauration scolaire

Mon enfant mangera à la cantine à compter du :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnel Planning*

*** Le planning est à communiquer par écrit avant le 15 du mois précédent, avant 11h30**

Autorisation de sorties

J'autorise les personnes nommées ci-contre à récupérer mon (mes) enfant(s) :

.....
.....
.....

Je soussigné, Mme, M.,, mère, père, tuteur*, responsable légal de l'enfant.....:

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- déclare avoir pris connaissance du règlement de la cantine et s'engage à le respecter,
- autorise l'équipe d'animation du service à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin,
- m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille,
- autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant et à utiliser à titre gracieux ces images en interne, pour la présentation des activités ou dans la presse municipale.

Fait à :

le :

signature :