



## RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL & GARDERIE PERISCOLAIRE

### DEMANDE D'INSCRIPTION ou REINSCRIPTION ANNEE 2017/2018

#### ENFANTS INSCRITS :

| NOM | Prénom | Sexe | Date naissance | Classe | Ecole Publique | Ecole St Joseph |
|-----|--------|------|----------------|--------|----------------|-----------------|
|     |        |      |                |        |                |                 |
|     |        |      |                |        |                |                 |
|     |        |      |                |        |                |                 |
|     |        |      |                |        |                |                 |

| <u>PERE OU RESPONSABLE LEGAL</u>                   | <u>MERE OU RESPONSABLE LEGAL</u>                   |
|--|--|
| Nom : .....  | Nom : .....  |
| Nom de jeune Fille : .....                         | Nom de jeune Fille : .....                         |
| Prénom : ..... Né(e)le.....                        | Prénom : ..... Né(e)le.....                        |
| Domicile : .....                                   | Domicile : .....                                   |
| .....  | .....  |
| Ville : ..... Code postal : .....                  | Ville : ..... Code postal : .....                  |
| Tél. fixe : ..... Tél portable.....                | Tél. fixe : ..... Tél portable.....                |
| Adresse email : ..... @.....                       | Adresse email : ..... @.....                       |
| Profession : .....                                 | Profession : .....                                 |
| Employeur : .....                                  | Employeur : .....                                  |
| N° allocataire (CAF ou MSA) : .....                | N° allocataire (CAF ou MSA) : .....                |
| En cas d'urgence :                                 | En cas d'urgence :                                 |
| Tél. Travail : ..... Autre n° de téléphone : ..... | Tél. Travail : ..... Autre n° de téléphone : ..... |

Les repas de mon enfant seront facturés à : (si adresse différente de Responsable légal)

Nom et prénom du payeur : .....

Adresse du payeur .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. du payeur obligatoire : .....

#### RESTAURATION SCOLAIRE MUNICIPALE

Inscription au restaurant scolaire :  Oui  Non

Si oui, jours de fréquentation :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  
 Mercredi (\*) **Attention, merci de bien vouloir remplir le dossier d'inscription à l'ALSH si votre enfant fréquentera ce service le mercredi après-midi**

**Après la cantine du mercredi, l'enfant est pris en charge par le personnel communal dans la cour de l'école élémentaire publique jusqu'à 13H15. Au-delà de cet horaire, il est pris en charge par l'ALSH, avec facturation de la demi-journée.**

Votre enfant prendra-t-il le car le mercredi après le repas :  Oui  Non

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

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de service du restaurant scolaire, consultable auprès de la mairie.

Je signalerai toute modification pouvant intervenir au cours de l'année scolaire (adresse, situation familiale, professionnelle...).

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

Inscrire la mention « Lu et approuvé »

Date

Signature(s)

**GARDERIE PERISCOLAIRE**

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Nombre d'enfant(s) à la garderie : .....

**Prise en charge de l'enfant après la garderie (rayer les mentions inutiles) :**

Je soussigné(e), ..... mère\*, père \*, tuteur\* investi(e) de l'autorité parentale \* ou de la garde du mineur \* : autorise ..... à le prendre en charge à la fin de la garderie sous la responsabilité des parents.

**Informations médicales :**

L'enfant est-il sujet à des problèmes particuliers sur le plan de la santé (allergies, traitement en cours, régime, précautions à prendre) ?.....

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

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) ? .....

L'enfant est-il hémophile ?.....

En cas d'accident, médecin ou établissement à contacter ?.....

.....  
.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.  
Je signalerai toute modification pouvant intervenir au cours de l'année scolaire (adresse, situation familiale, professionnelle...)  
J'autorise la garderie à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie (médecin, hôpital).

Inscrire la mention « Lu et approuvé »

Date

Signature(s)

**RESERVE A L'ADMINISTRATION (ne pas remplir S.V.P.)**

DATE DE RECEPTION : .....