



RESTAURANT SCOLAIRE - RENSEIGNEMENTS DESTINES AU PERSONNEL ENCADRANT

(1 fiche par enfant)

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

Né(e) le :/...../.....

Féminin

Masculin

Maternelle :

Elémentaire :

- Petite section
- Moyenne section
- Grande section

Classe :

Garderie matin

Garderie soir

Bus scolaire matin

Bus scolaire soir

Parent(s) de l'enfant (en cas de changement de coordonnées au cours de l'année, merci d'en avertir aussitôt la mairie) :

	Nom/Prénom	Adresse	Téléphone Domicile, portable et travail
Père			
Mère			

GARDE DE L'ENFANT

Personne habilitée à venir chercher l'enfant en cas de besoin (*habituée à prendre toutes dispositions concernant l'enfant*) en cas d'impossibilité de joindre les parents :

..... **tél** :

..... **tél** :

ASSURANCE

Adhésion du.....au.....

Assurance.....

N° de police:

FICHE SANITAIRE / SITUATION MEDICALE

A SIGNALER : éventuellement problèmes de santé nécessitant des précautions particulières ou autres signalements (ex : régime, allergie alimentaire, ne mange pas de porc ou autres contre-indications...)

☞ **Déjeunera au restaurant scolaire tous les jours scolaires** :

☞ **A jour(s) fixe(s)** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

☞ **Déjeunera au restaurant scolaire occasionnellement**

Je soussigné (e) (Nom et prénom du représentant légal ou de la personne responsable de l'enfant)

.....
autorise le Responsable de l'encadrement de la cantine de la Commune de Rang-du-Fliers à prendre toute disposition en cas d'urgence (hospitalisation).

Fait à Rang-du-Fliers, le

Signature,



NOM de l'enfant :

PRENOM de l'enfant :

Classe :

Bulletin d'inscription Restaurant Scolaire
Année 2020/2021

A compléter et à retourner en Mairie de RANG-DU-FLIERS
impérativement avant le 10 juillet 2020

IDENTIFICATION DES RESPONSABLES LEGAUX (en cas de changement de coordonnées au cours de l'année, merci d'en avvertir aussitôt la mairie)

Père

Nom : Prénom :

Autorité parentale OUI NON

Profession : Situation familiale **(1)** :

Adresse :

Complément :

Code postal : Ville

Tél. domicile : Tél. portable Tél. travail

E-mail :@.....

N° de poste et lieu de travail :

Mère

Nom : Prénom :

Autorité parentale OUI NON

Profession : Situation familiale **(1)** :

Adresse :

Complément :

Code postal : Ville

Tél. domicile : Tél. portable Tél. travail

E-mail :@.....

N° de poste et lieu de travail :

INFORMATIONS DIVERSES

Caisse d'Allocations Familiales :

Nom de l'allocataire :

N° allocataire CAF : (7 chiffres) N° Sécu. M. :/.....

N° Sécu. Mme :/.....

Nom du médecin traitant : N° tél. :

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)