



Fiche d'inscription individuelle

Restaurant scolaire

Année scolaire 2024-2025

L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

DATE DE NAISSANCE :

ECOLE FREQUENTEE : école « Arc en ciel » école « Ste Marie »

CLASSE EN SEPTEMBRE 2024 :

 **Attention :** Pour les classes de très petite section et petite section, merci de fournir une photo d'identité.


JOURS DE FRÉQUENTATION : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

ALLERGIES ALIMENTAIRES :

PAI (Projet d'accueil individualisé) : OUI NON Date de validité :

Autre :

Nom du médecin traitant : Ville :

 Le personnel n'est pas autorisé à administrer des médicaments sauf si un Protocole d'Accord Individualisé (P.A.I.) le prévoit.

L'état de santé d'un enfant nécessitant un régime alimentaire particulier (allergie, intolérance alimentaire ou maladie chronique ou momentanée) devra obligatoirement être signalé par écrit à l'accueil de la mairie. Un P.A.I. pourra être mis en place en collaboration avec l'équipe de santé scolaire et l'équipe enseignante, le cas échéant. Un exemplaire de ce P.A.I., validé par le médecin scolaire, sera transmis à l'accueil de la mairie, visé par la famille. Les modalités d'application de ce protocole seront arrêtées par l'élue en charge de la vie scolaire, en partenariat avec le responsable de la cantine scolaire. Les agents communaux recevront toutes les informations nécessaires au respect de ces P.A.I.

LA FAMILLE

REPRÉSENTANT N°1

Situation familiale : Marié / Pacsé / Vie maritale Divorcé / Séparé / Garde alternée

NOM Prénom :

Date de naissance :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

PORTABLE : Professionnel :

PROFESSION ET EMPLOYEUR :

EMAIL :

REPRÉSENTANT N°2

Situation familiale : Marié / Pacsé / Vie maritale

Divorcé / Séparé / Garde alternée

NOM Prénom :

Date de naissance :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

PORTABLE : Professionnel :

PROFESSION ET EMPLOYEUR :

EMAIL :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

ASSUREUR :

NUMERO :

RÉGIME / N° D'ALLOCATAIRE (merci de préciser le numéro)

MSA CAF

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction du restaurant scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise N'autorise pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités du restaurant scolaire de la commune de Saint-Christophe-du-Ligneron et que leur image soit utilisée dans les supports d'information et de communication ainsi que sur les réseaux sociaux de la commune de Saint-Christophe-du-Ligneron.

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et s'engage à le respecter.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Saint-Christophe-du-Ligneron responsable du service restauration pour l'inscription, le suivi, et la facturation du service.

Elles sont conservées jusqu'aux 18 ans de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la commune de Saint-Christophe-du-Ligneron responsables du service restauration.

A Le / /

Signature des parents :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ☞ RIB et Mandat : Pour les règlements en prélèvement automatique
- ☞ PAI : si avis médical (Projet d'Accueil Individualisé)
- ☞ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ☞ Copie du jugement en cas de séparation