

**DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE
VALIDITE : ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**

ENFANT

NOM et PRENOM DE L'ENFANT :

Sexe : masculin féminin

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (Département):

L'enfant vit chez : ses deux parents sa mère son père

en alternance (à préciser):

en famille d'accueil (à préciser) :

autre (à préciser) :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM DE L'ETABLISSEMENT : école privée école publique Classe :

RESPONSABLES LEGAUX

Mère

NOM de jeune fille : Autorité parentale : oui non

NOM d'usage : Prénom :

Situation familiale : célibataire mariée veuve divorcée séparée pacsée concubine

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

☎ (travail) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ (travail) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° CAF ou MSA :

Père

NOM : Autorité parentale : oui non

Prénom :

Situation familiale : célibataire marié veuf divorcé séparé pacsé concubin

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

☎ (travail) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ (travail) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° CAF ou MSA :

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

ORGANISME : Autorité parentale : oui non

Personne référente :

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

ALLERGIES et/ou TRAITEMENTS

Asthme oui non Médicamenteuse(s) oui non Alimentaire(s) oui non

Précisions autres à apporter (port de lunettes, crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés) :

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

NOM du médecin traitant : ☎ | | | | | | |

NOTE A LA FAMILLE

Lors de ces différentes activités, votre enfant peut avoir besoin de soins. En fonction de la gravité de la situation, les personnels appelleront les secours qui feront intervenir soit une équipe du SMUR, les pompiers soit une ambulance privée. Les personnels municipaux ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants.

En cas de problème concernant l'heure d'arrivée des parents pour récupérer les enfants à la cantine ou à la pause méridienne, merci de prévenir l'agent de surveillance au **02.43.45.40.27 ou au 06.45.61.49.69**

ACTIVITES PERISCOLAIRES

RESTAURATION SCOLAIRE MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

Fréquentation du restaurant scolaire : oui non

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnellement

PERSONNES HABILITÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT OU A APPELER EN CAS D'URGENCE

(y compris grand frère grande sœur, assistante maternelle...)

☎ | | | | | | | Nom : _____ lien de parenté : _____
☎ | | | | | | | Nom : _____ lien de parenté : _____
☎ | | | | | | | Nom : _____ lien de parenté : _____
☎ | | | | | | | Nom : _____ lien de parenté : _____

ASSURANCE

Responsabilité civile oui non

Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance : _____

N° de police d'assurance : _____

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la commune, j'autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant (photos et vidéos) sur les supports de communication de cette structure. oui non

AUTORISATIONS DE SORTIES DES GARDERIES PERISCOLAIRES

J'autorise mon enfant à rentrer seul (valable uniquement pour CE et CM). oui non

Je (nous), soussigné(é)(s)
responsable(s) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche **et avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires**

Date :

Signature du ou des parents :

Merci de nous faire part de toute modification, dans les plus brefs délais.

Les droits d'accès et de rectification des personnes aux informations transmises dans le Dossier administratif d'inscription aux Services Périscolaires s'exercent auprès de la commune de Bazouges-sur-le-Loir.