

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES NOUVEAUX ARRIVANTS

A COMPLETER par les parents dont les enfants fréquenteront le Restaurant d'Enfants Municipal durant l'année scolaire **2016/2017** et **A RETOURNER A LA MAIRIE D'AUSSILLON AVANT LE 05/09/20...**
DERNIER DELAI.

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE :	
ECOLE ET CLASSE FREQUENTEES :	
N° de sécurité sociale :	
N° de mutuelle s'il y a lieu :	

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?	OUI <input type="checkbox"/> Lesquelles :	NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant suit-il un traitement médical permanent ?	OUI <input type="checkbox"/> Lequel :	NON <input type="checkbox"/>
Nom du Médecin traitant :	Tél. :	

Conformément au règlement intérieur du service municipal de restauration scolaire du 1^{er} degré, la prise de médicaments au moment de la cantine est exceptionnelle et donne lieu à l'établissement d'un Projet d'Accueil Individualisé sous la responsabilité des parents et du Médecin de Santé Scolaire.

REPRESENTANT LEGAL POUVANT ETRE JOINT PENDANT LE TEMPS DE RESTAURATION

NOM :		PRENOM :	
ADRESSE :			
Tél. Fixe :		Portable :	
		e-Mail :	
PROFESSION DU PERE :			
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :		Tél. professionnel	
PROFESSION DE LA MERE :			
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :		Tél. professionnel	

AUTRE PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM et Prénom. :Tél . :

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL A COMPLETER EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (e), _____, Père, Mère, Tuteur (*) Représentant
légal de _____

autorise (*)

n'autorise pas (*)

Le responsable de la cantine scolaire (la Mairie d'Aussillon) à faire soigner mon enfant,
et le cas échéant, le faire hospitaliser pour pratiquer toute intervention d'urgence selon les
prescriptions du corps médical consulté.

(*) mettre une croix dans la case de votre souhait

DATE

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

Partie réservée à l'administration		justificatifs fournis	
- Avis de non imposition sur les revenus N-2	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	