



DOSSIER D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

ENFANT

Nom: Prénom : Sexe : M F

Date de naissance :/...../.....Lieu de Naissance (Commune et département) :

RESPONSABLES LÉGAUX

1^{er} responsable légal

Autorité parentale : Oui Non

Nom: Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tel Domicile :Tel Portable :Tel Prof. :

e-mail.....@.....

2^{ème} responsable légal

Autorité parentale : Oui Non

Nom: Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tel Domicile :Tel Portable :Tel Prof. :

e-mail.....@.....

ASSURANCE SCOLAIRE avec garantie individuelle accident et responsabilité civile

Assureur :Numéro de contrat :

PERSONNES autorisées à prendre en charge l'enfant sur le temps du midi ou à contacter en cas d'urgence

Nom - Prénom	Tél	Appel en cas d'urgence	Autorisé à récupérer l'enfant
		OUI - NON	OUI - NON
		OUI - NON	OUI - NON
		OUI - NON	OUI - NON

(En cas de reprise par une personne ne figurant pas sur cette liste, ne pas oublier de lui donner l'autorisation écrite, à défaut de cette dernière, l'enfant ne lui serait pas remis).

MEDECIN TRAITANT - NOM et adresse :

.....Tél :

VACCINATIONS :

Vaccin obligatoire	Date du dernier rappel	Vaccin obligatoire	Date du dernier rappel
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		Rougeole	
Poliomyélite		Oreillons	
Ou DTPolio		Rubéole	
haemophilus influenzae B		Méningocoque C	
Coqueluche		pneumocoque	

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Maladies déjà contractées :	<input type="checkbox"/> <u>angine</u>	<input type="checkbox"/> <u>rougeole</u>	<input type="checkbox"/> <u>coqueluche</u>	<input type="checkbox"/> <u>oreillons</u>	<input type="checkbox"/> <u>autre :</u>
	<input type="checkbox"/> <u>otite</u>	<input type="checkbox"/> <u>rubéole</u>	<input type="checkbox"/> <u>scarlatine</u>	<input type="checkbox"/> <u>varicelle</u>	
Allergies :	<input type="checkbox"/> <u>alimentaires :</u>	<input type="checkbox"/> <u>asthme</u>	<input type="checkbox"/> <u>médicamenteuses :</u>		
Régime alimentaire (sans porc, sans viande...) :					
Mise en place d'un PAI :			Traitement médical :		
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Indiquez dans cette rubrique toutes informations concernant votre enfant et que vous jugez utile de nous transmettre) : lunettes, lentilles, appareils dentaires, des prothèses auditives, PAI...)					

AUTORISATIONS :

En cas d'urgence : si vous souhaitez que votre enfant soit transporté vers un établissement hospitalier particulier, merci de nous le signaler :

MESURE D'URGENCE - J'autorise l'équipe de surveillants à prendre toute mesure qui s'impose pour la santé de mon enfant : appel au médecin, au SAMU, hospitalisation j'autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale au cas où l'état de mon enfant le nécessiterait

A photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre des services périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (Bulletin, Lettre, Site Internet, Affichage Ecole,...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Je m'engage à informer le restaurant scolaire de toute modification qui surviendrait concernant cette fiche

J'autorise le restaurant scolaire à me communiquer des informations par mail via mon adresse mail.

Règlement des factures par prélèvement : **OUI** (merci de remplir l'autorisation de prélèvement) **NON**
L'inscription au restaurant scolaire vaut acceptation du règlement intérieur de ce dernier, disponible à l'adresse suivante : <http://www.lucsurmer.fr>

Nous attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Date :

Signature resp. légal n°1 :

Signature resp. légal n°2 :