



Commune de Livré sur Changeon
Année scolaire 2018/2019
INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

L'enfant

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date & lieu de naissance :/...../..... A

Classe fréquentée à la rentrée 2018 :

Ecole fréquentée :

Assurance : Compagnie & N° contrat (à fournir) :

SEXE :	M :	<input type="checkbox"/>
	F :	<input type="checkbox"/>

Déjeunera au restaurant scolaire :

Lundi mardi jeudi vendredi

Selon un planning spécifique (1 semaine sur 2, ...) à indiquer sur le portail famille
1 semaine avant au minimum

Occasionnellement

• **Mon enfant suit un régime particulier spécial :**

Sans porc autre, préciser :

La famille

Situation familiale des parents :

mariés union libre divorcés séparés veuf (ve) célibataire pacsés

	Père/Tuteur	Mère
Identifiant portail famille		
Nom *		
Prénom *		
Adresse *		**
Adresse Mail *		
Téléphone	Domicile : *Mobile : Travail :	Domicile : Mobile : Travail :
Employeur		
Adresse employeur		
Adresse de facturation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mode de règlement : Chèque, Prélèvement (fournir un RIB si 1^{ère} souscription) **ou TIPI (CB)** (rayer les mentions inutiles)

**Renseignement Obligatoire*

***Si Différente pour les 2 parents*

CE DOCUMENT EST REMPLI PAR :

(Nom, prénom et signature)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom, Prénom, téléphone & lieu de parenté)

*
*
*

- **Régime de couverture sociale :**

N° de Sécurité sociale :

- **Régime de prestations familiales :**

CAF MSA Autre (préciser)

N° Allocataire

Quotient Familial : (Fournir l'attestation CAF)

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

- **Maladies infantiles :***

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Date :

Coqueluche : oui non .../.../.... Oreillons : oui non.../.../.... Rougeole : oui non .../.../....

Rubéole : oui non .../.../.... Scarlatine: oui non .../.../... Varicelle : oui non .../.../....

- **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

(vérifier les informations sur le portail famille ou compléter ce tableau)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date dernier rappel JJ/MM/AA	Vaccins recommandés	Date JJ/MM/AA
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons - rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres	

- **Taille** **Poids**

- **Allergies alimentaires :**

Un certificat médical est à fournir et un projet d'accueil individualisé doit être élaboré avec le médecin scolaire ou le médecin de PMI

- **Autres allergies :**

Médicaments :

Autres : (animaux, plantes, pollen, maquillage...):.....

- **Autres problèmes nécessitant des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter :**

.....
.....

Attestation et autorisation parentale

Nous soussignés, parents ou tuteurs de
l'enfant

- **déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche**
- **reconnaissons avoir été informés de la nécessité d'être assuré pour les accidents dont notre enfant serait à l'origine (responsabilité civile) et de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes** couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles participent notre enfant (Assurance Individuelle Accident)
- **A la rentrée, vous recevrez la charte de fonctionnement du restaurant des enfants.**
- **autorisons les responsables de l'Accueil de loisirs et du restaurant scolaire à présenter notre enfant à un médecin, de préférence le docteur**
Tel : 02 / / / / et à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie.
- **autorisons la diffusion d'une photo** où apparaît distinctement notre enfant, à des fins informationnelles (articles dans la presse) ou pédagogiques **OUI – NON**

A, le

Nom :

Prénom :

Signature :