

## FICHE D'INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE

**2023/2024**

ENFANT(S)				
	Enfant n°1	Enfant n°2	Enfant n°3	Enfant n°4
Nom				
Prénom				
Sexe				
Naissance				
Lieu				
Ecole				
Classe				

P.A.I

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro d'assurance :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs
Date de nais :	Date de nais :
Type : Père / Mère / Autre	Type : Père / Mère / Autre
Adresse	Adresse
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Tél portable :	Tél portable :
Tél pro :	Tél pro :

**PERSONNES A CONTACTER**

<b>Contact</b>	<b>Contact</b>
<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Type : Père/Mère/Autres</b>	<b>Type : Père/Mère/Autres</b>
<b>Tél :</b>	<b>Tél :</b>
<b>Portable :</b>	<b>Portable :</b>
<b>Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>	<b>Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>
<b>Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>	<b>Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>

**PERSONNES A CONTACTER**

<b>Contact</b>	<b>Contact</b>
<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Type : Père/Mère/Autres</b>	<b>Type : Père/Mère/Autres</b>
<b>Tél :</b>	<b>Tél :</b>
<b>Portable :</b>	<b>Portable :</b>
<b>Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>	<b>Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>
<b>Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>	<b>Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>

**Renseignements supplémentaires**

--

**FICHE ENFANT - Nom Prénom de(s) l'enfant (s) :**

.....

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date de rappel	Maladie	Date maladie
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)				
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)				
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				
Grippe				
Haemophilus influenzae b				
Méningocoque C				
Papillomavirus humains				
Pneumocoque				
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)				
Tuberculose (BCG)				
Varicelle				
Autre				

**FICHE ENFANT - Nom Prénom de(s) l'enfant (s) :**

.....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**Autorisations**

<b>Partir seul :</b> Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche)	<b>OUI / NON</b>
<b>Prise de photo :</b> Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structure.	<b>OUI / NON</b>
<b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	<b>OUI / NON</b>
<b>Hospitalisation :</b> Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	<b>OUI / NON</b>

**Appareillage**

<b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	<b>OUI / NON</b>
<b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	<b>OUI / NON</b>
<b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	<b>OUI / NON</b>

**Handicap**

<b>Handicapé :</b> Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	<b>OUI / NON</b>
--	------------------

**Données complémentaires**

<b>Personne à prévenir en cas d'urgence :</b>	
<b>Autres données complémentaires :</b>	

**Attestation**

<b>Nous soussignés</b>	
<b>Responsables légaux de(s) l'enfant(s)</b>	

-Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.  
 -Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche.  
 -Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels.  
 -Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.  
 -Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.