

FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire 2020-2021

A la restauration scolaire intercommunale
(une fiche par enfant et par an)

Dossier à retourner avant le 24 juillet 2020 à la mairie de Teurthéville-Hague

Documents à fournir **OBLIGATOIREMENT** pour l'admission d'un élève à la restauration scolaire :

- La présente feuille d'inscription dûment et lisiblement complétée (
- N° d'allocataire CAF :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Ecole..... Classe

CHOISIR LA FORMULE DE RESTAURATION A LA CANTINE SCOLAIRE

L'élève déjeunera à partir de la rentrée **OU** à partir du.....

1- Fréquentation Régulière (4 jours semaine)

2- Fréquentation occasionnelle (moins de 4 jours par semaine)
Cocher les jours ou joindre un planning

Lundi Mardi Jeudi Vendredi au planning

3- Panier repas (en cas de spécificités ou allergies alimentaires) :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi au planning

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALLERGIES

L'enfant suit-il un traitement médical particulier et / ou présente t-il une allergie alimentaire ?
 Oui non Si oui, lesquels ?

Si oui, vous devez impérativement contacter le médecin scolaire AVANT LA RENTREE afin d'établir un Plan d'Accueil Individualisé pour que votre enfant soit accueilli.



Tant que le PAI ne sera pas fourni à la restauration scolaire, l'enfant ne pourra être accueilli qu'en panier repas.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE couvrant l'enfant pendant la pause méridienne

Nom de l'assurance :

Numéro de contrat :

LES REPRESENTANTS LEGAUX

Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom : Prénom : Adresse : CP Ville Tél. domicile Tél. portable Mail obligatoire : Employeur	Nom : Prénom : Adresse : CP Ville Tél. domicile Tél. portable Mail obligatoire : Employeur
PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT (joignable entre 12H00 et 13H45) Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Si Autres (précisez dessous) <input type="checkbox"/>	
Nom, prénom Lien avec l'enfant Téléphone	

PAIEMENT DES REPAS

Choix du moyen de paiement : ..Prélèvement automatique mensuel (formulaire SEPA à compléter et RIB à joindre)
 Espèce ou Chèque

ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant

- 1) **Autorise** **n'autorise pas** la collectivité à utiliser les images prises au cours de la pause méridienne, sur lesquelles cet enfant pourrait apparaître, sur tous ses supports de communication interne ou externe (photos, article de presse, bulletin municipal)
- 2) autorise le personnel de la restauration scolaire à le confier aux services de secours pour qu'il soit conduit à l'hôpital et pris en charge,
- 3) atteste avoir pris connaissance, accepter et me conformer au règlement intérieur et à la charte de bonne conduite disponible sur le site de la mairie.

Fait à, le

Signature du représentant légal :