



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION FAMILLE**  
**Restauration scolaire et garderie municipale**

**MERCI DE COMPLETER LE FORMULAIRE EN MAJUSCULE**

**Ce questionnaire est à remettre à l'enseignant au plus tard le 19/09/2023**

**Service(s) fréquenté(s) :**  Garderie municipale - Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h50 à 8h10  
 Restauration scolaire

**NOM, PRENOM ET ADRESSE DU (DES) RESPONSABLE(S) (LEGAUX) :**

Représentant légal 1

Qualité : Père  Mère  Tuteur

Nom et Prénom.....

Adresse.....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable.....

Téléphone professionnel..... Date de naissance : .....

**Mail (écriture lisible) (Impératif pour le paiement en ligne sur le portail famille)** 

.....@.....

Situation parentale : Mariés/Pacsés  Séparés/Divorcés  Veuf (ve)  Célibataire  En couple

Représentant légal 2

Qualité : Père  Mère  Tuteur

Nom et Prénom.....

Adresse.....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable.....

Téléphone professionnel..... Date de naissance : .....

**Mail (écriture lisible) (Impératif pour le paiement en ligne sur le portail famille)** 

.....@.....

Situation parentale : Mariés/Pacsés  Séparés/Divorcés  Veuf (ve)  Célibataire  En couple

**Facturation auprès :** Père  Mère  Tuteur  (Impératif pour le paiement en ligne sur le portail famille) 

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS**

**Nom de l'enfant 1 :** ..... Prénom.....

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

Ecole fréquentée.....

Classe.....

**Renseignements concernant la santé de l'enfant :**

- Certains médicaments lui sont-ils interdits pour raisons médicales ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

- Est-il allergique à certains aliments ? Oui  Non

Si oui, quels aliments lui sont interdits ? .....

\* \* \*

**Nom de l'enfant 2 :** .....Prénom.....

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

Ecole fréquentée.....

Classe.....

**Renseignements concernant la santé de l'enfant :**

- Certains médicaments lui sont-ils interdits pour raisons médicales ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

- Est-il allergique à certains aliments ? Oui  Non

Si oui, quels aliments lui sont interdits ? .....

\* \* \*

**Nom de l'enfant 3 :** .....Prénom.....

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

Ecole fréquentée.....

Classe.....

**Renseignements concernant la santé de l'enfant :**

- Certains médicaments lui sont-ils interdits pour raisons médicales ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

- Est-il allergique à certains aliments ? Oui  Non

Si oui, quels aliments lui sont interdits ? .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

En cas de restrictions alimentaire ou allergie, un certificat médical circonstancié devra être remis au médecin de la direction de l'Enseignement, à défaut de présentation du certificat, l'enfant souffrant d'allergie ne sera pas admis à la restauration et à la garderie.

Vous voudrez nous indiquer sans délai toute modification, des informations fournies et produire un certificat médical à l'appui.

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

Assurance

Nom de l'assurance de(s) l'enfant(s).....

Adresse de l'assureur.....

**N° allocataire CAF/MSA (obligatoire).....**

**Rappel :** Il est interdit à l'enfant de détenir des objets de valeur (tels que bijoux, argent) la commune de Beaumes-de-Venise déclinant toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

## Personnes à contacter en cas de problème et si les parents sont injoignables

Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.

Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
☎ Fixe.....	☎ Fixe.....	☎ Fixe.....
☎ Portable.....	☎ Portable.....	☎ Portable.....
Lien avec l'enfant.....	Lien avec l'enfant.....	Lien avec l'enfant.....

## Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant

Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
☎ Fixe.....	☎ Fixe.....	☎ Fixe.....
☎ Portable.....	☎ Portable.....	☎ Portable.....
Lien avec l'enfant.....	Lien avec l'enfant.....	Lien avec l'enfant.....

**Attention : signaler tout changement intervenant en cours d'année.**

### ANNEXE :

**En cas d'accident grave**, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.

### Autorisation parentale (obligatoire) de soigner, d'opérer l'enfant (garderie municipale et restauration scolaire)

Je soussigné(e) (Nom)..... (Prénom).....  
Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) donne l'autorisation à prendre toutes les dispositions jugées nécessaires pour la santé de mon enfant  
(Nom)..... (Prénom)..... âgé(e) de..... y  
compris de le faire transporter à l'hôpital le plus proche et le plus adapté à son état. Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Je soussigné(e) (Nom)..... (Prénom).....  
Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : .....

Signature