**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**

**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………………………….



**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……………………….



**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**…………………………………………………………..

**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………………………..Prénom……......................Tél.fixe……………………..Tél.portable………………..Lien avec l’enfant………… | Nom…………………………………..Prénom…….................................Tél.fixe……………………………….Tél.portable………………………….Lien avec l’enfant…………………... | Nom…………………………………..Prénom…….................................Tél.fixe……………………………….Tél.portable………………………….Lien avec l’enfant…………………... |

**Personnes autorisées à prendre en charge l’enfant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne 1 | Personne 2 | Personne 3 |
| Nom………………………..Prénom……......................Tél.fixe……………………..Tél.portable………………..Lien avec l’enfant………… | Nom…………………………………..Prénom…….................................Tél.fixe……………………………….Tél.portable………………………….Lien avec l’enfant…………………... | Nom…………………………………..Prénom…….................................Tél.fixe……………………………….Tél.portable………………………….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