



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.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
Tél.fixe.....	Tél.fixe.....	Tél.fixe.....
Tél.portable.....	Tél.portable.....	Tél.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.....
Tél.fixe.....	Tél.fixe.....	Tél.fixe.....
Tél.portable.....	Tél.portable.....	Tél.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