

DOSSIER A TRANSMETTRE AU SERVICE ENFANCE

Afin que les inscriptions soient validées, vous devez être à jour du paiement des factures de tous les services au titre de l'année scolaire 2018 - 2019.

Fiche de renseignements obligatoires service restauration scolaire

Merci de remplir une fiche par famille.

Famille (personne à facturer)

Vous devez obligatoirement renseigner toutes les rubriques.

M. / Mme : _____

Adresse : _____

Téléphone 1 : _____ **Téléphone 2 :** _____

E-mail : _____

Régime * : CAF / MSA / Autres **N° allocataire :** _____

Situation Familiale * : marié(e) / divorcé(e) / séparé(e) / Vie maritale / Pacsé(e) / célibataire / veuf (veuve)

Nombre Total d'Enfants : _____ **Nombre d'Enfants à Charge :** _____

Compagnie d'assurance ** : _____ **N° de police assurance :** _____

* (entourez la mention utile) ** Responsabilité civile (RC)

Enfant 1-

Vous devez renseigner les jours de prise de repas. Tout changement au cours de l'année scolaire doit faire l'objet d'un mot écrit transmis à l'enseignant.

Nom Prénom : _____

Né(e) le ___/___/___ **à** (lieu de naissance) _____ **Nationalité :** _____

Age : _____ **Sexe* :** Masculin Féminin

Nom de l'école fréquentée* : Primaire George Sand Maternelle II Érables Maternelle IV Vents

Classe fréquentée* : Petite Section Moyenne Section Grande Section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS

Votre enfant mange* : Régulièrement Occasionnellement

Si régulièrement * : lundi mardi jeudi vendredi

* Cochez la case correspondante

Enfant 2

Vous devez renseigner les jours de prise de repas. Tout changement au cours de l'année scolaire doit faire l'objet d'un mot écrit transmis à l'enseignant.

Nom Prénom : _____

Né(e) le ___/___/___ **à** (lieu de naissance) _____ **Nationalité :** _____

Age : _____ **Sexe* :** Masculin Féminin

Nom de l'école fréquentée* : Primaire George Sand Maternelle II Érables Maternelle IV Vents

Classe fréquentée* : Petite Section Moyenne Section Grande Section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS

Votre enfant mange* : Régulièrement Occasionnellement

Si régulièrement * : lundi mardi jeudi vendredi

* Cochez la case correspondante



DOSSIER A TRANSMETTRE AU SERVICE ENFANCE

Enfant 3

Vous devez renseigner les jours de prise de repas. Tout changement au cours de l'année scolaire doit faire l'objet d'un mot écrit transmis à l'enseignant.

Nom Prénom : _____

Né(e) le ___/___/___ **à** (lieu de naissance) _____ **Nationalité :** _____

Age : _____ **Sexe* :** Masculin Féminin

Nom de l'école fréquentée* : Primaire George Sand Maternelle II Érables Maternelle IV Vents

Classe fréquentée* : Petite Section Moyenne Section Grande Section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS

Votre enfant mange* : Régulièrement Occasionnellement

Si régulièrement* : lundi mardi jeudi vendredi

* Cochez la case correspondante

Fiche Père	Fiche Mère
Nom / prénom : _____	Nom / prénom : _____
Né(e) le : ___/___/___ à (lieu naissance) _____	Né(e) le : ___/___/___ à (lieu naissance) _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
Téléphone maison : _____	Téléphone maison : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____
Téléphone portable : _____	Téléphone portable : _____
N° Allocataire (CAF ou MSA ou Autres) : _____ (si différent de la rubrique « personne à facturer »)	N° Allocataire (CAF ou MSA ou Autres) : _____ (si différent de la rubrique « personne à facturer »)
Profession : _____	Profession : _____
Nom et adresse de l'employeur: _____	Nom et adresse de l'employeur: _____
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non fournir une copie du jugement)	Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non fournir une copie du jugement)

Autorisations		Commentaires
Prise de photos	oui / non	
Diffusion de photos	oui / non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville



DOSSIER A TRANSMETTRE AU SERVICE ENFANCE
Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation : Etablissement Hospitalier de préférence : _____

ALLERGIES ALIMENTAIRES - Merci de nous préciser lesquelles, un protocole de soins d'urgence signé par le médecin doit être fourni et un plan d'accueil individualisé (PAI) doit être mise en place. Un protocole d'accueil devra être établi entre la collectivité et la famille.

Nous tenons à vous informer que pour des raisons d'hygiène et de sécurité, le restaurant scolaire ne peut fournir d'autres repas que ceux prévus au menu pour tout enfant allergique à certains aliments.

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du service enfance de la commune de Varennes sur Allier au 04/70/47/72/05 ou enfancevarenes@gmail.com .

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur pour l'année 2018-2019 de la structure avec mes enfants et nous nous engageons à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

« Lu et approuvé »

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

Signature du ou des enfants

