



INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE
ANNEE 2018/2019

Nom du responsable : **Prénom :**

Qualité : Père Mère Famille d'accueil Tuteur (trice)

Adresse :
.....

Tél domicile : **Tél portable :**

Adresse e-mail (personnelle).....

Situation familiale : marié(e) concubinage divorcé(e) séparé célibataire*

Profession : **Tél professionnel :**

Adresse de l'employeur :
.....

Adresse e-mail (professionnelle).....

/!\ Le responsable sera le seul destinataire des factures

Nom du conjoint : **Prénom :**

Tél portable : **Adresse e-mail :**

Adresse (si garde alternée de l'enfant) :
.....

Profession : **Tél professionnel :**

Adresse de l'employeur :
.....

Adresse e-mail (professionnelle).....

Personne à contacter en cas de problème si les parents sont absents (**téléphone indispensable**).
Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.
Attention : signaler tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)

M.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter personne autorisée à récupérer l'enfant *

M.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter personne autorisée à récupérer l'enfant *

M.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter personne autorisée à récupérer l'enfant *

M.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter personne autorisée à récupérer l'enfant *

M.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter personne autorisée à récupérer l'enfant *

* Cocher la case correspondante

Date :

Signatures :

AUTORISATION PARENTALE (OBLIGATOIRE)

Afin de faire soigner, opérer l'enfant en cas d'urgence

Je soussigné(e) (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (*) donne l'autorisation de faire soigner, opérer,

Enfant (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Enfant (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Enfant (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Agé(e) deans Agé(e) deans Agé(e) deans

Et de faire pratiquer les anesthésies générales ou locales pour les soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

DATE :.....Signature précédée de la mention : « lu et approuvé »

(*) Rayer la mention inutile

Noter ici toutes les informations que vous jugez utile à propos de votre (vos) enfant(s) :

En cas de Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), merci de fournir les documents et de remplir ce cadre :

- Notification du médecin scolaire avec les recommandations/ conduite à tenir pour le personnel de la restauration scolaire
- Ou certificat médical du médecin traitant avec les indications nécessaires pour le personnel encadrant l'enfant
- Une photo d'identité
- Observations complémentaires de la famille :

.....
.....
.....
.....