

FICHE D'INSCRIPTION AUX DIFFERENTS ACCUEILS
(1 par enfant)

Enfant ...

Indications pour le service de restauration scolaire

Les deux « formules » en fonction de la fréquentation de l'enfant :

« **formule 1** » : mon enfant fréquentera le service de restauration régulièrement (mon enfant sera par conséquent prioritaire pour l'accès au service de restauration) → je coche les cases ci-dessous (régime alimentaire et jours de fréquentation).

« **formule 2** » : mon enfant fréquentera le service de restauration **ponctuellement** (mon enfant ne sera donc pas prioritaire pour l'accès au service), je choisis donc la fréquentation « occasionnelle » → je coche uniquement les cases concernant le régime alimentaire et je me procurerai les bulletins d'inscription hebdomadaire à l'accueil de loisirs.

Le régime alimentaire : Ordinaire Végétarien

Cochez les jours de fréquentation	ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN	RESTAURATION SCOLAIRE	ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le mercredi en période scolaire :

MERCREDI <u>AVEC</u> REPAS	MERCREDI <u>SANS</u> REPAS	MERCREDI <u>MATIN</u>	MERCREDI <u>APRES-MIDI</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE SANITAIRE : INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT
(1 par enfant)

Enfant ...

L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Sexe : Féminin Masculin
Ecole fréquentée : Classe (de la TPS au CM2) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

je certifie la mise à jour des vaccins obligatoires (**joindre une copie des vaccinations du carnet de santé**).

Médecin traitant :

Nom et adresse :
.....
Téléphone :

Port de :

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires
 Autre, précisez :

SANTE DE L'ENFANT

L'enfant a-t-il des allergies ou intolérances médicalement justifiées ?

Alimentaire : Oui Non Asthme : Oui Non
Médicamenteuse : Oui Non Autre, précisez :
Précisez la conduite à tenir et les précautions à prendre :
.....
.....

AUTORISATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e), M. ou Mme
 autorise le personnel du service jeunesse à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
 autorise mon enfant de plus de 7 ans à rentrer seul à la maison.

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant (*en plus des noms indiqués dans la fiche de renseignements*)

Nom Prénom	Lien avec l'enfant (<i>grands-parents, assistante maternelle...</i>)	Téléphone	Habilité à venir chercher l'enfant ? (<i>cocher la case</i>)

A, Le, Signature :