

# RESTAURANTS SCOLAIRES DE MONTAGNY

## FICHE D'INSCRIPTION CONFIDENTIELLE

ANNEE SCOLAIRE D'INSCRIPTION :

NOM et Prénom (Parents, représentant légal ou tuteur) :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse :

École des Landes :

École du Garon :

Catégorie d'inscription :  Permanent  Planning ou occasionnel

Merci de bien vouloir compléter entièrement le tableau ci-dessous.

Si votre enfant est inscrit en planning, transmettre le planning sur une feuille à part.

	Nom et prénom de l'enfant	Date de Naissance	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
1						
2						
3						
4						

Autorisation pour photographier ou filmer votre (vos) enfant(s) :  oui  non

### Responsables à avertir en cas d'urgence

NOM et Prénom	Tél. domicile	Tél. travail	Tél. portable
Père :			
Mère :			
Nourrice :			
Autre :			

## Règlement intérieur

*A signer par les parents et à faire précéder de la mention "lu et approuvé"*

Je soussigné(e) M. et Mme  
Responsable de(s) l'enfant(s)

**Certifie avoir pris connaissance du présent règlement intérieur et en accepter les termes sans restriction.**

Date:

Signature(s):

## Fiche médicale

La Mairie s'engage à accueillir les enfants qui suivent un régime alimentaire particulier. Cependant la société de restauration ne fait que le régime suivant, rayer la mention inutile :

Sans viande

Par conséquent, un enfant souffrant d'allergie avérée (certificat médical obligatoire) pourra consommer, dans les lieux prévus pour la restauration scolaire, **le repas fourni** par la famille, selon les modalités qui auront été préalablement définies dans le projet d'accueil individualisé (PAI établi avec l'école et le médecin scolaire) et dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

Cette solution doit évidemment rester exceptionnelle, car elle amène de nombreuses contraintes en termes d'hygiène et d'organisation.

## Autorisation de soins

A signer par les parents et à faire précéder de la mention « **lu et approuvé** ».

Je soussigné(e) M., Mme.....

Autorise le personnel du restaurant scolaire à faire donner tous les soins et/ou faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon (mes) enfant (s) en cas de nécessité constatée par un médecin.

Date:

Signature (s):

- Fiche d'inscription à remettre en Mairie uniquement