



ANDÉ

RESTAURATION SCOLAIRE

INSCRIPTION pour l'année scolaire 2022-2023

Enfant : NOM Prénom
ÉCOLE : Maternelle, ou Primaire
Classe.....

Déjeunera au Restaurant Scolaire municipal les jours suivants :

Mon enfant mangera au restaurant scolaire le jour de la rentrée : OUI NON

Pendant toute l'année scolaire : lundi mardi jeudi vendredi

Ponctuellement

Ne mangera pas à la Cantine

Facturation à : NOM..... Prénom.....
Adresse.....
.....

Téléphone des parents (obligatoire) :

Fixe :

Portable :

Mail :

Téléphone des autres personnes à contacter, si les parents sont indisponibles :

Fixe :

Portable :

En cas de maladie ou d'accident au Restaurant Scolaire, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer :

Le nom, adresse et numéro de téléphone :

- de votre médecin traitant :
.....

Votre enfant est-il concerné par un **Projet d'Accueil Individualisé** ? OUI NON

Si oui, veuillez remplir le document au dos de cette fiche et vous présenter en Mairie, afin de retirer un dossier.

Je certifie avoir lu, et accepté, le règlement intérieur de la restauration scolaire.

Fait à

Signature

Le

**FOURNIR IMPÉRATIVEMENT UNE ATTESTATION D'ASSURANCE DE
RESPONSABILITÉ CIVILE POUR LA RENTRÉE SCOLAIRE.**

AUTORISATION PARENTALE

URGENCE

Je soussigné e

Autorise les responsables de la cantine à administrer à l'enfant, en cas d'urgence, tous les soins nécessités par son état, et à le transporter dans un véhicule de secours au centre hospitalier le plus proche.

Fait àLeSignature :

POUR LA PRISE DE MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN P.A.I SUR LE TEMPS DE LA RESTAURATION SCOLAIRE

Je soussigné

Parent, ou tuteur légal, de l'enfant

Né(e) le

Fréquentant l'école

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à

Le

Signature du parent, ou du tuteur légal.