

FICHE D'INSCRIPTION
RESTAURANT SCOLAIRE - ACCUEIL PERISCOLAIRE

Numéro d'allocataire CAF :

Le soussigné:

Père Mère Beaux-parents Autres :

Situation : Marié(e) Divorcé(e) Célibataire

Concubinage Autres :

Nom Prénom.....

Domicilié

.....

☎ domicile :

☎ portable :

✉ email : _____ @ _____

Nom de l'employeur :

☎ professionnel :

Autre parent :

Père Mère Beaux-parents Autres :

Situation : Marié(e) Divorcé(e) Célibataire

Concubinage Autres :

Nom Prénom.....

Domicilié

.....

☎ domicile :

☎ portable :

✉ email : _____ @ _____

Nom de l'employeur :

☎ professionnel :

◆ **RESTAURANT SCOLAIRE DE :**

NOMS	PRENOMS	Classe	Ecole fréquentée	Régulier tous les jours	Occasionnel indiquer les jours	Garde alternée indiquer semaine paire ou impaire

➔ Mon (mes) enfant(s) mangera(ont) au restaurant scolaire à compter du :

◆ **ACCUEIL PERISCOLAIRE DE* :**

* A partir de 3 ans et 9h00 maximum de présence journalière pour les moins de 6 ans, sauf dérogation de la PMI.

NOMS	PRENOMS	Classe	Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
			Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	soir	Matin	Soir

➔ Fréquentation de l'accueil périscolaire à compter du :

J'autorise le directeur, la directrice de l'école à confier mon (mes) enfant(s) à la responsable de l'accueil périscolaire.

Renseignements concernant le 1^{er} enfant

Nom : Prénom : Né (e) le : Sexe : F - M

Allergie alimentaire / Traitement médical : Non Oui* Lequel :

* Un Protocole d'Accueil Individualisé doit être établi et validé par la communauté de communes de la Hague pour que l'inscription soit effective.

Nom du médecin traitant : ☎

Transport scolaire (1) : Non Oui Circuit n° : Arrêt :

(1) Ne vaut pas inscription auprès du Conseil Général de La Manche.

Renseignements concernant le 2^{ème} enfant

Nom : Prénom : Né (e) le : Sexe : F - M

• **Allergie alimentaire / Traitement médical** : Non Oui* Lequel :

* Un Protocole d'Accueil Individualisé doit être établi et validé par la communauté de communes de la Hague pour que l'inscription soit effective.

• **Transport scolaire (1)** : Non Oui Circuit n° : Arrêt :

Renseignements concernant le 3^{ème} enfant

Nom : Prénom : Né (e) le : Sexe : F - M

• **Allergie alimentaire / Traitement médical** : Non Oui* Lequel :

* Un Protocole d'Accueil Individualisé doit être établi et validé par la communauté de communes de la Hague pour que l'inscription soit effective.

• **Transport scolaire (1)** : Non Oui Circuit n° : Arrêt :

Autre personne à contacter en cas d'urgence et d'indisponibilité des parents :

Nom : Prénom :

☎ domicile ☎ portable :

Personnes majeures autorisées à venir rechercher l'enfant au sein des structures périscolaires et à l'arrêt de car :

- Nom : Titre : ☎ Portable :

- Nom : Titre : ☎ Portable :

- Nom : Titre : ☎ Portable :

☞ *En cas de modification des renseignements indiqués ci-dessus, pensez à prévenir le département éducation .*

Autorise les agents de la communauté de communes de la Hague présents à administrer les premiers soins à mon enfant et à le faire transporter à l'hôpital en cas d'urgence.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et/ou de l'accueil périscolaire et m'engage à le respecter.

Autorise

N'autorise pas la collectivité à utiliser des photos de mon (mes) enfant (s) dans ses publications ou dans celles des communes concernées.

A _____, le

Signature