

**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 **au maximum 6 fois par mois**, je choisis donc la fréquentation « occasionnelle » → je coche uniquement les cases concernant le régime alimentaire et je me procurerai les bulletins d'inscription hebdomadaire.

« **formule 2** » : 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).

**Le régime alimentaire :**     Ordinaire     Végétarien

Le jour où de la viande de porc est au menu, merci de préciser si un repas végétarien doit être servi en cochant la case ci-après :

| Cochez les jours de fréquentation | RESTAURATION SCOLAIRE               | NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)<br>* |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Lundi                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                     |
| Mardi                             | <input type="checkbox"/>            |  |
| Mercredi                          | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Jeudi                             | <input type="checkbox"/>            |  |
| Vendredi                          | <input type="checkbox"/>            |  |

\* Si je coche la case, j'accepte que mon enfant participe aux nouvelles activités périscolaires (voir détail dans la note d'information jointe au dossier d'inscription).

**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**

Numéro de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant : .....

je certifie la mise à jour des vaccins obligatoires.

**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 des services périscolaires 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 (grands-parents, assistante maternelle...) | Téléphone | Habilité à venir chercher l'enfant ? (cocher la case) |
|------------|---|-----------|---|
|            |   |           |   |
|            |   |           |   |

A, ..... Le, ..... Signature : .....