

# RESTAURATION SCOLAIRE 2020-2021

Dossier réceptionné le : .....

ENFANT : NOM : .....	Prénom : .....
DATE DE NAISSANCE : .....	SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ECOLE : .....	Dérogation <input type="checkbox"/>
CLASSE à la rentrée 2020-2021 : .....	

## PARENTS

Père ] Mère Tuteur ] Nom - Prénom : Adresse :  <input type="checkbox"/> Portable : <input type="checkbox"/> Professionnel : <input type="checkbox"/> Mail : <input type="checkbox"/> Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité	Père ] Mère Tuteur ] Nom - Prénom : Adresse :  <input type="checkbox"/> Portable : <input type="checkbox"/> Professionnel : <input type="checkbox"/> Mail : <input type="checkbox"/> Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité
--	--

**Situation familiale :**  
Mariés    Divorcés    Union libre    Pacsés    Célibataire    . Séparés.    Veuf(ve)

Facture adressée aux parents

**En cas de séparation des parents :**    Facture adressée à la mère    Facture adressée au père

CAF : N° Allocataire :

Cochez le (s) jour (s) souhaité (s)

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel	
-------	-------	-------	----------	-------------	--

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le MARDI 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2020    Oui    Non

Type de repas :    standard    Sans porc    PAI (sur justification médicale)    (repas fourni par la famille)

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS**  
(en dehors du ou des responsables déjà mentionnés ci-dessus)

NOM - Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Je soussigné (e) ....., responsable de l'enfant, certifie avoir reçu ce jour le règlement de la vie scolaire et en accepter les termes.

Date : .....    Signature des parents :

*(Attention, tout changement de situation familiale, adresse, téléphone doit être signalé à la Mairie)*

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 – 2021

ENFANT : NOM : ..... Prénom : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
 ECOLE : ..... CLASSE à la rentrée 2020-2021 : .....

VACCINATION			
VACCINS OBLIGATOIRES <small>(avant 2018 uniquement le DTP est obligatoire, au 01.01.2018 → 11 vaccins sont obligatoires)</small>	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
DTP (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite)			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Infections invasives à pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
ROR (Rougeole – Oreillons – Rubéole)			

*Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir un certificat de contre-indication*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT (Allergies médicamenteuses, autres...)		
Problème dû à :	Manifestations :	Conduite à tenir :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

ALLERGIES ALIMENTAIRES		
Allergie à :	Manifestations :	Aliments à proscrire :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

*Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité des parents de nous signaler tout problème médical touchant leur enfant.  
 Pour un enfant souffrant d'allergie (s) alimentaire (s), son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un certificat médical nous aura été fourni.  
 (Joindre PAI si mis en place).*

NOM – PRENOM – N° TEL DU MEDECIN TRAITANT
.....

Je soussigné (e)....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : ..... Signature :

(Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant le temps de restauration et d'accueil de votre enfant).