



Inscription au restaurant scolaire Année Scolaire 2018 – 2019 DOSSIER FAMILLE

(à compléter uniquement s'il s'agit d'une 1^{ère} inscription
ou pour l'ajout d'un enfant d'une même fraterie)

Responsable légal n°1 (destinataire des courriers et redevable de la facturation)	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre	
Nom.....	
Prénom.....	
Date de naissance.....	
Adresse.....	
.....	
Commune.....	
Tél. fixe.....	
Tél. mobile.....	
Adresse mail.....	
Nom employeur.....	
Profession.....	
Tél. travail.....	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacsé	
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf	

Responsable légal n°2	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre	
Nom.....	
Prénom.....	
Date de naissance.....	
Adresse.....	
.....	
Commune.....	
Tél. fixe.....	
Tél. mobile.....	
Adresse mail.....	
Nom employeur.....	
Profession.....	
Tél. travail.....	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacsé	
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf	

RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES ENFANT(S)

Etablissement scolaire fréquenté 2018/2019 :

Ecole du Moulin

Ecole Notre-Dame

NOM	Prénom	Date de naissance	Sexe	Classe

Restaurant Scolaire				
Inscription régulière*				
L	M	J	V	

*Merci de cocher les cases correspondantes

Pour toute inscription irrégulière, ou pour tout changement, merci d'utiliser le portail « Les Parents Services »

CONTACTS* EN CAS D'URGENCE (au moment du repas)

	Nom - Prénom – lien de parenté	N° de téléphone
1		
2		
3		

* Il est impératif d'inscrire plusieurs N° de téléphone (père, mère, grands-parents.....)

En cas d'urgence, autorisez-vous les secours à transporter votre enfant :

au Centre Hospitalier de CHOLET

à la Polyclinique du Parc de CHOLET

MODE DE RÈGLEMENT

Afin de faciliter vos démarches, la commune vous propose de régler vos factures par prélèvement automatique.

J'opte pour le prélèvement automatique : Oui* Non

*Merci de bien vouloir compléter le formulaire « demande de prélèvement » et de joindre un R.I.B.

Rappel : les prélèvements seront effectués vers le 20 du mois (d'octobre à juillet).

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

ALLERGIES Asthme oui non Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non Autres oui non

.....

.....

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : mise en place obligatoire en cas d'allergies ou de problèmes de santé sévères. Merci de prendre contact avec le médecin scolaire au 02 41 62 50 76

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) NOM, Prénom.....responsable légal de l'enfant ou des enfants..... autorise/ n'autorise pas mon enfant ou mes enfants à être photographié ou filmé dans le cadre de la restauration scolaire afin d'illustrer les supports de communication (journal, site internet, publications, reportages..) et donne / ne donne pas mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant ou mes enfants et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à apporter toute modification utile à la mise à jour de mon dossier.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire.

A..... le
(signature)

Document à déposer au secrétariat de Mairie avant le 06 juillet 2018

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier :

Portail LES PARENTS SERVICES

Code famille :

Code enfant :

Code enfant :