



<u>DATE LIMITE DE DÉPÔT DU DOSSIER</u> <b>29 juin 2020</b>	<b>DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER</b> <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance <input type="checkbox"/> Copie du carnet de santé
---	--

**Fiche d'inscription**  
**RESTAURANT SCOLAIRE**

**ANNÉE SCOLAIRE :** .....

**ENFANT :**                      Garçon                       Fille

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

**Ecole :** ..... **Classe :** .....

- Inscription à partir de la Rentrée
- Inscription à partir du : .....

**Permanente (régulière) : Cocher les cases correspondantes.**

<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

**Occasionnelle : l'inscription est obligatoire au préalable**

**PARENTS :**

	Père ou Mère	Père ou Mère
NOM		
Prénom		
		si différente
Adresse (domicile)		
Téléphone pour vous joindre en cas d'urgence		
Adresse mail		

**N° d'allocation (OBLIGATOIRE) :** ..... CAF  MSA  Autre (préciser) : .....

Quotient familial : .....

**Avez-vous des remarques particulières à présenter concernant votre enfant : (santé, comportement, appétit...)**

## **PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ :**

Si votre enfant est atteint d'une pathologie impliquant un repas adapté (éviction de certains aliments) ou de la prise de médicament sur le temps du midi, il est indispensable de mettre en place un dossier de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), afin qu'il puisse recevoir les soins nécessaires.

A cet effet, je vous demande de bien vouloir prendre contact avec la mairie au moment du dépôt du dossier afin de définir les modalités de ce P.A.I.

Vous devez pour cela vous munir d'un certificat médical qui atteste de cette pathologie.

Dans le cas où vous ne souhaiteriez pas mettre en place un PAI, je vous demande de bien vouloir remplir l'attestation ci-dessous.

**Je vous informe qu'en l'absence de P.A.I., aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, et que celui-ci sera dirigé vers les urgences.**

**Dans ce cas, la mairie ne pourra être tenue responsable d'un quelconque incident.**

*Je soussigné(e), ....., mère-père de l'enfant.....  
certifie que la pathologie dont il est atteint, ne nécessite pas la mise en place d'un projet d'accueil individualisé.  
J'ai pris connaissance, qu'en cas de crise ou réaction allergique, aucun médicament ne pourra être délivré à mon enfant avant l'arrivée des secours.  
Date : ..... Signature : .....*

**RAPPEL :** Il vous appartient de renouveler tous les ans le PAI de votre enfant et de veiller aux dates de péremption des médicaments.

## **AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, Responsable de l'enfant \_\_\_\_\_.

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Restaurant Scolaire et m'engage à le respecter
- Autorise l'équipe pédagogique à faire des photos où apparaîtra mon enfant, dans le cadre de l'Animation Autour du Repas. J'autorise que les photos soient publiées lors d'expositions, dans le bulletin municipal ou sur le site internet de la commune de Teloché.
- Déclare avoir souscrit une assurance couvrant mon enfant pour les dommages corporels qu'il pourrait éventuellement subir ou occasionner (je fournis une attestation d'assurance)
- Certifie que mon enfant a reçu les vaccins obligatoires, je joins la copie de son carnet de santé (si l'enfant n'est pas vacciné merci de fournir un justificatif de votre médecin)
- Autorise le responsable du temps du midi à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Fait à \_\_\_\_\_

SIGNATURE

Le \_\_\_\_\_