

**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION  
RESTAURATION SCOLAIRE 2023/2024**

**DU 4 SEPTEMBRE 2023 AU 5 JUILLET 2024**

**FICHE À REMETTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉE À LA MAIRIE**

**Coursaget     Fanon     Saint-Symphorien     Zola**

**Classe fréquentée par l'enfant :**

PS    MS    GS                      CP    CE1    CE2    CM1    CM2

**Nom et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Sexe :**     Féminin             Masculin

**Nom et Prénom de la personne destinataire de la facture :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom, adresse et coordonnées de l'employeur :**

**Père :** \_\_\_\_\_

**Mère :** \_\_\_\_\_

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessous**

L'enfant bénéficie d'une assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle accident)

**Vous pouvez retrouver le règlement de la restauration scolaire sur votre portail aux familles**

**Si vous êtes prélevés pensez à nous prévenir en cas de changement de RIB**

Un email vous informe que votre facture est consultable sur le portail aux familles

Date : \_\_\_\_\_

Signature des représentants légaux

**ENFANT**

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ N° CAF : \_\_\_\_\_  
Assurance responsabilité civile et individuelle accident:  
Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant présente-t-il une allergie alimentaire ou des problèmes de santé particuliers  oui  non  
L'enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** pour allergie(s) ou maladie particulière  oui  non

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

**REGIME ALIMENTAIRE**

Normal  Sans viande

**PARENTS**

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
☎ (domicile) : _____	☎ (domicile) : _____
☎ (portable) : _____	☎ (portable) : _____
✉ E-mail : _____	✉ E-mail : _____
Ville : _____	Ville : _____

**Personnes majeures autorisées à être prévenues en cas d'urgence ou à venir chercher l'enfant (autre que les parents) :**

Nom : _____	Lien de parenté : _____
Prénom : _____	☎ : _____
Nom : _____	Lien de parenté : _____
Prénom : _____	☎ : _____

**Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à les actualiser en cas de changements et autorise le Maire à prendre le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, appel d'un médecin), rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de la mère

Signature du père