



FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION : RESTAURANT SCOLAIRE et APS

ANNÉE SCOLAIRE 2020 - 2021



Merci de remplir cette fiche recto/verso le plus lisiblement possible

ENFANT concerné par les services

NOM et prénom : Date de naissance :

CLASSE 2020-2021 : Enseignant * : * renseignement rempli par nos soins à la rentrée.

RESPONSABLES LEGAUX - Le parent 1 est considéré comme le responsable et sera destinataire des factures -

PARENT 1 : (Nom - prénom) : PARENT 2 : (Nom - prénom) :

adresse : adresse :

..... domicile : domicile :

..... travail : portable : travail : portable :

Pour les parents séparés ou en instance de divorce, merci de fournir une copie du jugement.

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL : (Nom - prénom) : lien avec l'enfant :

adresse :

..... domicile : travail : portable :

N° d'allocataire CAF / MSA / AUTRE :

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher notre enfant

Nom prénom	Lien avec l'enfant domicile portable

Pour des raisons de sécurité, prévenir impérativement le personnel en cas de changement occasionnel.
AUCUN ENFANT NE SERA REMIS A UNE PERSONNE DE MOINS DE 14 ANS (sauf autorisation parentale écrite)

AUTORISATIONS PARENTALES

✓ Autorisation image

Nous autorisons la commune à diffuser sur les supports de communication municipaux (bulletin...) les photos ou vidéos de notre enfant : OUI NON

✓ Autorisation de sorties

Nous autorisons notre enfant à sortir de l'enceinte de l'école, encadré par le personnel communal, pour se rendre aux activités organisées dans le cadre des Accueils périscolaires : OUI NON

✓ En cas d'urgence

Nous autorisons le personnel communal à prendre les mesures médicales d'urgence et si nécessaire un transport vers l'hôpital le plus proche : OUI NON

✓ **Coordonnées du médecin traitant** : (Nom, adresse, tél.) :

✓ **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** établi en commission : OUI NON



Si oui, fournir les médicaments et ordonnances en double au restaurant scolaire. Il est rappelé aux parents que la réglementation ne permet pas aux agents des services communaux (accueil périscolaire, maternelle et restauration scolaire) d'administrer des médicaments aux enfants, en dehors du PAI.

✓ **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Angine		Oreillons		Scarlatine	
Coqueluche		Rougeole		Varicelle	
Otite		Rubéole		Rhumatismes Articulaires	

✓ **Allergies** : Asthme OUI NON Médicamenteuse OUI NON
Alimentaires OUI NON Autres :

Préciser la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

✓ **Albumine** OUI NON ✓ **Diabète** OUI NON

✓ **Régime alimentaire particulier** (préciser) :

✓ **Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

✓ **Recommandations utiles des parents** (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... préciser) :

FICHE INDIVIDUELLE DE FRÉQUENTATION

Cocher selon le planning prévisionnel de votre enfant sur l'année (modifications possibles en cours d'année)

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
APS matin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
APS soir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui

Le Mercredi : Votre enfant fréquentera-t-il les « Mercredis Loisirs » du Centre Rabelais :

Matin + repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON
Journée Complète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NON



L'inscription est à effectuer obligatoirement auprès du Centre François Rabelais de Changé - 02 43 40 13 04

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant ci-dessus désigné, attestons sur l'honneur de l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis.

Date :

Signatures :