



GROUPE SCOLAIRE Anatole France de Maringues

**FICHE D'INSCRIPTION**

**RESTAURANT SCOLAIRE - TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES -  
GARDERIE - ANNEE SCOLAIRE 2017-2018**

Les renseignements demandés doivent être obligatoirement remplis pour la prise en charge des enfants.

Après avoir pris connaissance :

- du règlement intérieur du restaurant scolaire et des temps d'activités périscolaires que j'accepte sans réserve
- du tarif du restaurant scolaire. (Les carnets de 10 tickets sont à prendre au secrétariat de Mairie)
- du tarif de la garderie. (Les carnets de 10 tickets sont à prendre au secrétariat de Mairie)

Je (nous) soussigné(s),

Père (Nom et Prénom) : \_\_\_\_\_

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

Employeur (Nom et adresse) : \_\_\_\_\_

N° téléphone (N° où on peut vous joindre en cas d'urgence) \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Mère (Nom et Prénom) : \_\_\_\_\_

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

Employeur (Nom et adresse) : \_\_\_\_\_

N° téléphone (N° où on peut vous joindre en cas d'urgence) \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Nom de la personne ayant la garde de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom, prénom et adresse de la personne qui paye le restaurant scolaire :

\_\_\_\_\_

Numéro Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la personne allocataire : \_\_\_\_\_

Affiliation Régime Générale :  Affiliation Régime MSA :

Autre (Préciser) : \_\_\_\_\_

N° Immatriculation sécurité sociale dont dépend l'enfant :

\_\_\_\_\_

Nom et N° Assurance Responsabilité Civile :

\_\_\_\_\_

↪ Tourner la page S.V.P.

**INSCRIT MON (MES) ENFANT(S) :** cocher les cases correspondantes

NOM et Prénom	Date de naissance	Classe *	Restaurant scolaire	TAP	GARDERIE
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*  
à communiquer après la rentrée

**AU RESTAURANT SCOLAIRE :**

- 1) JOURS : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi   
2) PLANNING :  à donner à l'avance  
3) OCCASIONNELLEMENT :

**GARDERIE :**

- |                     | Matin                    | Soir                     |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Lundi             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mardi             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mercredi          | <input type="checkbox"/> |                          |
| - Jeudi             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vendredi          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Occasionnellement |                          | <input type="checkbox"/> |

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT :** (contre indications alimentaires, allergies médicales)

---

---

**NOM du MEDECIN de FAMILLE :** \_\_\_\_\_

J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et autorise l'hospitalisation de mon (mes) enfant(s).

**LU ET APPROUVE**

Fait à Maringues, le .....

Signature(s)