



GROUPE SCOLAIRE Anatole France de Maringues

FICHE D'INSCRIPTION

RESTAURANT SCOLAIRE - GARDERIE

ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

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 de la garderie 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 règle le restaurant scolaire :

Numéro Allocataire CAF : _____

Nom et Prénom de la personne allocataire : _____

Affiliation Régime Général : 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	GARDERIE
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> |
| - 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 : _____

Numéro de Téléphone : _____

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)