



GROUPE SCOLAIRE Anatole France de Maringues
FICHE D'INSCRIPTION
RESTAURANT SCOLAIRE - GARDERIE
ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

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 ou à la permanence)
- du tarif de la garderie. (Les carnets de 10 tickets sont à prendre au secrétariat de Mairie ou à la permanence)

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 : _____

Mail : _____

Mère (Nom et Prénom) : _____

Adresse : _____

Employeur (Nom et adresse) : _____

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

Domicile : _____

Travail : _____

Mail : _____

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) 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"/> | <input type="checkbox"/> |

Personnes habilitées à récupérer l'enfant (NOM, Prénom, lien de parenté et numéro de téléphone):

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).

J'autorise la commission « vie scolaire » à utiliser mon téléphone et mon adresse mail pour communiquer des informations.

LU ET APPROUVE

Fait à Maringues, le

Signature(s)