

RENSEIGNEMENTS DESTINES AU RESTAURANT SCOLAIRE

Personne habilitée à venir chercher l'enfant en cas de besoin. Habilitée à
prendre toutes dispositions concernant l'enfant
en cas d'impossibilité de joindre les parents :

Nom et Prénom : tél :

Nom et Prénom : tél :

ASSURANCE

Nom de l'assurance :

Adhésion du au

Assurance :

N° de police :

FICHE SANITAIRE / SITUATION MEDICALE

A SIGNALER : éventuellement si problèmes de santé nécessitant des précautions particulières ou autres signalements:

Allergie (1) : Alimentaire : NON OUI Précisez.....

- (1) - L'acceptation à la Restauration Scolaire d'un enfant présentant des problèmes de santé et ou d'allergie (s) alimentaire est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature du Projet d'accueil individualisé (PAI).

Le formulaire (PAI – alimentaire) est à retirer auprès du directeur de l'école

CONVICTIONS RELIGIEUSES

Sans Bœuf :

Sans Porc :

Sans Cabris :

Je soussigné (Nom et prénom du représentant légal)

-Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche d'inscription.

-M'engage à informer le service de la régie de la restauration scolaire de la ville des Aviron de toutes modifications intervenant au cours de l'année scolaire (adresse, téléphone, radiation de l'enfant à la restauration ou à l'établissement scolaire, situation de famille) par téléphone ou par mail.

-En cas d'accident pendant la pause méridienne, autorise la ville des Aviron à prendre toutes dispositions nécessaires liées à l'état de l'enfant.

Fait aux Aviron, le

Signature du responsable légal

Cadre réservé à l'administration :

Date de réception du dossier :

Date du traitement du dossier :