

INSCRIPTION aux SERVICES RESTAURANT – GARDERIE & TRANSPORT SCOLAIRES

Année scolaire 2018/2019

ECOLE : _____

CLASSE : _____

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____ Date de Naissance : _____

Enfant vivant chez : Parents Père Mère Garde alternée

Famille d'accueil Mr ou Mme : _____ ☎ : _____

N° Allocataire : _____

PERE – Responsable légal

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail : _____ ☎ : _____

MERE - Responsable légale

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail : _____ ☎ : _____

Adresse de facturation : _____

N° de téléphone en cas d'urgence :



☞ au **SERVICE ACCUEIL-GARDERIE** de l'école : OUI NON

<input type="checkbox"/> FORMULE REGULIERE	MATIN (à partir de 7h30)	SOIR (jusque 18h30)
	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi

<input type="checkbox"/> FORMULE OCCASIONNELLE	Fiche hebdomadaire à compléter et à remettre au plus tard 2 jours ouvrés à l'avance En l'absence de fiche hebdomadaire, l'enfant ne sera accepté que dans la limite des places disponibles.
---	---

☞ au **RESTAURANT SCOLAIRE** : OUI NON

<input type="checkbox"/> FORMULE REGULIERE	<input type="checkbox"/> 4 jours	<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> 2 jours	<input type="checkbox"/> 1 jour
	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi

<input type="checkbox"/> FORMULE OCCASIONNELLE	Fiche hebdomadaire à compléter et à remettre au plus tard 2 jours ouvrés à l'avance. En l'absence : - d'annulation de réservation au plus tard 2 jours ouvrés à l'avance, <u>le service sera facturé</u> - de réservation moins de 48h à l'avance, l'enfant ne sera accepté que dans la limite des places disponibles et une majoration de 2€ sera appliquée au tarif normal.
---	---

☞ au **SERVICE TRANSPORT** :

Mon enfant prendra le car : OUI NON

Les demandes des titres de transport doivent être faites directement sur le site du Département de la Meuse, service transport scolaire.

Commune de montée (matin) : _____

Commune de descente (soir) : _____

Un adulte habilité doit obligatoirement être présent lors de l'arrivée du véhicule de transport scolaire pour les élèves de moins de 6 ans.

En mon absence ou en l'absence de car, j'autorise le service à confier mon enfant aux personnes désignées ci-après sous réserve de justifier de leur identité :

NOM : _____ Prénom : _____ ☎ : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☎ : _____

Signature,



FICHE D'URGENCE

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL, à remplir par les familles

Nom de l'enfant : _____
Prénom de l'enfant : _____
Date de Naissance : _____

Renseignements concernant la santé de l'enfant :

En cas d'allergie(s) ou de handicap, l'inscription de votre enfant ne sera validée qu'après mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies : | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> OUI (à préciser) _____
<input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> Alimentaires | <input type="checkbox"/> OUI (à préciser) _____
<input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> OUI (à préciser) _____
<input type="checkbox"/> NON |

En cas d'intolérance alimentaire, la famille devra adresser un certificat médical indiquant les aliments à éviter.

En cas d'accident, la collectivité s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

En cas d'impossibilité de vous joindre,

Personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____

☎ : _____ Adresse : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, dentaires etc... à préciser) : _____

Médecin traitant : _____ ☎ : _____

Adresse : _____

Je soussigné(e) : _____ déclare avoir pris connaissance et respecter le règlement intérieur des services restauration, garderie et transport scolaires. Je m'engage à informer mon enfant des dispositions qu'il contient.

J'autorise le responsable des services à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident grave (médecin, transport à l'hôpital).

Lu et approuvé,

Fait à _____ le _____

*Signature du (des) parent(s)
ou responsable de l'enfant*

☎ au **MERCREDI RECREATIF** : Inscription envisagée (pour estimation des besoins)

1/2 journée Journée complète REPAS : OUI NON

SITE : GONDRECOURT TREVERAY LE BOUCHON
 STAINVILLE HAIRONVILLE ANCERVILLE