

# COMMUNE DE SAINT MARTIN LAC AUSSADE

## « RESTAURANT SCOLAIRE – Année 2020-2021 »

### RESPONSABLE LEGAL

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

(père, mère, tuteur)

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

Téléphone fixe personnel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone portable personnel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone travail père : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone travail mère : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Noms des personnes autorisées à retirer l'enfant (autre que les parents) : \_\_\_\_\_  
(☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

Noms des personnes autorisées à retirer l'enfant (autre que les parents) : \_\_\_\_\_  
(☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

Noms des personnes autorisées à retirer l'enfant (autre que les parents) : \_\_\_\_\_  
(☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

**Assurance** (soit du type scolaire étendue, soit personnelle) : \_\_\_\_\_

® joindre une photocopie du contrat

### BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date et lieu de Naissance : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée \_\_\_\_\_

Fréquentera la cantine tous les jours : OUI          NON          (1)

Fréquentera la cantine régulièrement mais seulement les (cocher la case) :

- |                          |         |                          |            |
|--------------------------|---------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Lundi _ | <input type="checkbox"/> | Jeudi _    |
| <input type="checkbox"/> | Mardi _ | <input type="checkbox"/> | Vendredi _ |

suite au verso

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Numéro allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

**SITUATION MEDICALE**

A SIGNALER (éventuellement problèmes de santé nécessitant des précautions particulières ou autres signalements, allergies, etc... **Joindre un certificat médical ou le PAI**) : \_\_\_\_\_

**NOM DU MEDECIN traitant à prévenir si nécessaire** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autre médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En cas d'impossibilité, la municipalité fera appel à tout autre Médecin disponible.

Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant (des enfants) sus-désigné (s) autorise la responsable du restaurant scolaire à prendre toutes mesures utiles et nécessaires, en cas d'urgence, pour le bien de l'enfant (des enfants).

Signature de l' (des) enfant(s)  
*Précédée de la mention « lu et approuvé »*

Signature des parents

- (1) rayer la mention inutile
- (2) compléter entièrement cette fiche