



**Année scolaire 2021/2022 :**  
**Fiche unique**  
**Inscription au restaurant scolaire**  
*(À retourner en mairie pour le vendredi 25/06/2021)*

**IDENTITÉ DE L'ENFANT**

**ECOLE :**       Pierre Giraudet       3 Prés       (Simone Veil (Usseau)       Grandes Rivières

NOM et PRENOM de l'enfant .....CLASSE.....

NÉ(E) LE ..... à .....

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**PERE**

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE COMPLETE.....

TELEPHONE DOMICILE.....PORTABLE.....

TELEPHONE EMPLOYEUR (utilisé seulement en cas d'urgence).....

E-MAIL.....

**MERE**

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE COMPLETE.....

TELEPHONE DOMICILE.....PORTABLE.....

TELEPHONE EMPLOYEUR (utilisé seulement en cas d'urgence).....

E-MAIL.....

**ACCEPTATION D'INSCRIPTION**

Je soussigné(e)  
Mme/Mr.....  
Inscrit ma fille / mon fils .....à la cantine scolaire.

**J'ai pris connaissance du fonctionnement du restaurant scolaire et notamment de l'article 1.**  
**Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en ai informé notre enfant pour qu'il le respecte.**

Fait à Sainte-Soulle, le.....  
Signatures des responsables légaux

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Mon enfant dépend du

- Régime CAF (QF inférieur à 760€ - fournir la copie)
- Régime Général et MSA
- Régime particulier (SNCF/RATP...)

Caisse de sécurité sociale couvrant l'enfant : .....N°.....

Mutuelle couvrant l'enfant.....N°.....

Responsabilité civile couvrant l'enfant.....N°.....

*\*Régime général = les allocataires CAF, les ressortissants régime général de la sécurité sociale, la fonction publique (Etat, hospitalière, territoriale), la poste, les artisans-commerçants.*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET DIFFICULTÉS A SIGNALER

Maladie, allergies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre.

**Il est fortement recommandé aux familles dont les enfants sont concernés par un PAI (projet d'accueil individualisé) d'entreprendre leur procédure administrative maintenant sinon l'enfant ne pourra PAS être accueilli par la cantine en septembre 2021.**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ETC...).....

MÉDECIN TRAITANT .....

LOCALITÉ .....

TEL .....

## AUTORISATION PARENTALE

### **EN CAS D'ACCIDENT :**

- APPEL DES SECOURS (médecin du village ou SAMU selon gravité)
- APPEL DES PARENTS EN MEME TEMPS QUE LES SECOURS
- MON ENFANT DOIT ETRE HOSPITALISE A.....
- J'AUTORISE LES RESPONSABLES DES SERVICES INTERCLASSES A PRENDRE TOUTES LES MESURES MEDICALES OU CHIRURGICALES RECONNUES COMME NECESSAIRES.

### **DROIT A L'IMAGE :**

Dans le cadre de la restauration et des interclasses, nous sommes susceptibles de prendre des photos des enfants afin de communiquer sur les différents services proposés, dans la presse, des expos photos, le journal de la commune, les réseaux sociaux...)

- Autorise l'utilisation des photos de mon enfant prises au cours des activités
- N'autorise pas l'utilisation des photos prises de mon enfant

**Je déclare exact l'intégralité des renseignements portés sur cette fiche.**

Fait à Sainte-Soulle,  
Le.....

**SIGNATURE DU/DES RESPONSABLES**