



RESTAURATION SCOLAIRE

INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

(fiche à renvoyer à l'école ou la Mairie impérativement avant le 05 septembre 2020

Sinon l'enfant ne sera pas admis à la cantine)

Enfant : NOM..... Prénom :.....

Classe :.....

Déjeunera à la cantine scolaire municipale les jours suivants pendant toute l'année scolaire (engagement à l'année) :

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

Facturation à : NOM :..... Prénom :.....

Adresse :.....

Le prix du repas est de 3,90 €. La facturation est mensuelle. En cas d'absence, les 3 premiers jours seront facturés.

Nom, Prénom et numéro(s) de téléphone des parents ou tuteur (obligatoire) :.....

Coordonnées des autres personnes à contacter si les parents sont indisponibles :

Nom, Prénom et numéro de téléphone :.....

En cas de maladie ou accident à la cantine, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer les nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

Est-ce que votre enfant est soumis à un régime particulier ? OUI NON

Si oui, lequel ?.....

Je certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur de la restauration scolaire et certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à :..... Signature du parent ou du responsable :

Le



FICHE SANITAIRE D'URGENCE

RESTAURANT SCOLAIRE – ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

(fiche à renvoyer à l'école ou la Mairie impérativement avant le 05 septembre 2020)

ENFANT

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../.....

PARENTS / REPRESENTANTS LEGAUX

NOM – Prénom et adresse des parents ou représentants légaux :

N° de téléphone domicile :/...../...../...../.....

N° de téléphone professionnel du père :/...../...../...../.....

N° de téléphone portable du père :/...../...../...../.....

N° de téléphone professionnel de la mère :/...../...../...../.....

N° de téléphone portable de la mère :/...../...../...../.....

Autre :/...../...../...../.....

Allergies connues (fournir un certificat médical) :

Renseignements particuliers :

NOM, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

AUTORISATION DE SOINS URGENTS

En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers le centre hospitalier le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par le personnel présent.

Je soussigné(e)..... (père, mère, tuteur)
autorise tous soins de première nécessité ou toute intervention médicale et chirurgicale d'urgence en faveur de mon enfant.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir le plus rapidement possible la Mairie de Pontgibaud (tél : 04.73.88.70.42) de tout changement de situation de famille ou d'adresse, en cours d'année.

Date :...../...../.....

Signature(s) :