



Service Restauration scolaire

FICHE D'INSCRIPTION FAMILLE

Fiche à retourner au service restauration scolaire IMPERATIVEMENT avant le 1^{er} juillet 2024

RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal 1*	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : père / mère / autre (préciser) :	Type : père / mère / autre (préciser) :
A contacter en cas d'urgence : OUI NON	A contacter en cas d'urgence : OUI NON
Adresse :	Adresse : (si différente de celle du responsable 1)
Email :	Email :
Tel :	Tel :
Portable :	Portable :
Tel. Pro :	Tel. Pro :

ENFANT (S)

Nom et Prénom : _____ Date de naissance _____

Inscription à compter du ___/___/___ (si différente du jour de la rentrée) Sexe : M F

Classe fréquentée à la rentrée 2023 : _____

Formule choisie :

Régulière : 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours : Entourer le(s) jour(s) choisi(s) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnelle. Dans ce cas, le responsable légal s'engage à communiquer à la Mairie les jours de présence de l'enfant au restaurant scolaire comme indiqué dans le règlement art. II c).

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui* Non

* si la réponse est OUI, joindre un certificat médical et prendre rendez-vous avec le Médecin Scolaire pour la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Les paniers repas devront être fournis par la famille.

Nom et Prénom : _____ Date de naissance _____

Inscription à compter du ___/___/___ Sexe : M F

Classe fréquentée à la rentrée 2023 : _____

Formule choisie :

Régulière : 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours : Entourer le(s) jour(s) choisi(s) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnelle. Dans ce cas, le responsable légal s'engage à communiquer à la Mairie les jours de présence de l'enfant au restaurant scolaire comme indiqué dans le règlement art. II c).

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui* Non

* si la réponse est OUI, joindre un certificat médical et prendre rendez-vous avec le Médecin Scolaire pour la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Les paniers repas devront être fournis par la famille.

Nom et Prénom : _____ **Date de naissance** _____

Inscription à compter du ___/___/___ Sexe : M F

Classe fréquentée à la rentrée 2023 : _____

Formule choisie :

Régulière : 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours : Entourer le(s) jour(s) choisi(s) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnelle. Dans ce cas, le responsable légal s'engage à communiquer à la Mairie les jours de présence de l'enfant au restaurant scolaire comme indiqué dans le règlement art. II c).

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui* Non

* si la réponse est OUI, joindre un certificat médical et prendre rendez-vous avec le Médecin Scolaire pour la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Les paniers repas devront être fournis par la famille.

AUTORISATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponses
Prélèvement automatique : Souhaitez-vous régler par prélèvement automatique ? Si oui, merci de remplir l'autorisation de prélèvement SEPA et de fournir un RIB. ⚠ l'autorisation de prélèvement SEPA et le RIB doivent être au nom du responsable légal 1.	OUI / NON
Prise de photos : Autorise l'utilisation de l'image et de la voix dans le cadre de la restauration scolaire pour une diffusion sur le site internet de la commune, sur sa page Facebook et sur tout support d'information relatif à la promotion des activités municipales.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le personnel de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

INFORMATIONS MEDICALES
Médecin traitant :
Tel :

ATTESTATION

Nous soussignés

Responsables légaux de(s) (l') enfants(s) :

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur du temps méridien et de la restauration scolaire,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurances de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le personnel de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire.

Responsable 1	Responsable 2
Fait à	Fait à
Date	Date
Signature	Signature

* La commune de Fougeré traite vos données à caractère personnel dans le cadre de la gestion votre dossier et ce conformément à la loi informatique et libertés (loi n°78.17 du 06/01/1978) et au règlement général à la protection des données (règlement UE 2016/679 du 25/05/2018) dans le cadre de sa mission d'intérêt public. Vos données personnelles sont conservées par le service habilité le temps nécessaire à la gestion de votre dossier et selon les critères en vigueur. Vous pouvez faire valoir vos droits d'accès, d'effacement, de rectification, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant la commune de Fougeré, mairie@fougere.fr ou auprès de la CNIL