



INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE MUNICIPALE & ACCUEIL PERISCOLAIRE

Année scolaire 20... / 20...

RESPONSABLE LEGAL 1

Père Mère Autre

NOM Prénom

Adresse complète :

Profession

Adresse email :

☎ Domicile ☎ Portable..... ☎ Travail :.....

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère Autre

NOM Prénom

Adresse complète :

Profession

Adresse email :

☎ Domicile ☎ Portable..... ☎ Travail :.....

C.A.F. ou M.S.A. * : N° allocataire Département

N° Sécurité sociale ou autre *

** à préciser*

Personne à contacter en cas d'urgence ☎

VOTRE ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

ACTIVITES PERISCOLAIRES – DE 07H30 à 08H30

Jour de présence :

REGULIER * : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

** Cocher les jours de fréquentation de l'enfant aux activités périscolaires*

OCCASIONNEL

RESTAURATION SCOLAIRE – DE 12h15 à 13h15

Jour de présence :

REGULIER * : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

** Cocher les jours de fréquentation de l'enfant à la cantine scolaire*

OCCASIONNEL

Menu (1 seul choix possible)

Standard

Sans Porc

Végétarien

Repas allergique ou autre pathologie (PAI)*

*Si la santé de votre enfant (allergie ou autre maladie) impose la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec la convention d'un panier repas ou de repas spécifique, veuillez prendre contact avec le service scolaire.

ACTIVITES PERISCOLAIRES – DE 16H00 à 18H00

Jour de présence :

REGULIER * : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

** Cocher les jours de fréquentation de l'enfant aux activités périscolaires*

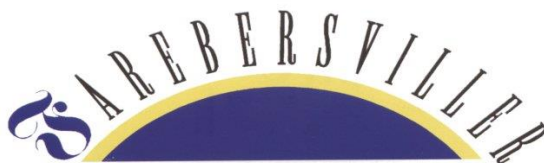
OCCASIONNEL

Date :

Signature,
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Justificatifs à fournir pour valider l'inscription :

- **Certificat de travail ou 2 dernières fiches de paie des parents**
- **Copie de la déclaration d'impôts sur les revenus (la dernière en date)**
- **Attestation de paiement CAF récente, (où il est fait mention du Quotient Familial)**
- **Attestation d'assurance scolaire (peut être fournie à la rentrée scolaire)**



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

**AUTORISATION
DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT**

ANNEE SCOLAIRE 20..... / 20.....

Nom de l'Enfant	Prénom	Date de naissance	Ecole	Classe

Je soussigné (e) Madame, Monsieur _____

AUTORISE en cas d'indisponibilité à chercher mon enfant
la ou les personnes désigné (es) ci-dessous :

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____
☎ fixe _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____
☎ fixe _____

NOM & PRENOM _____ ☎ portable _____
☎ fixe _____

à venir chercher mon enfant sur les structures suivantes :

- Accueil périscolaire
- Restaurant scolaire
en cas de non-classe l'après-midi

AUTORISE mon enfant a quitté seul la structure

N'AUTORISE PERSONNE à récupérer mon enfant

Fait à _____, le _____

Signature des (2) parents si garde alternée



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

FICHE D'URGENCE

NOM PRENOM

CLASSE DATE DE NAISSANCE

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL (à préciser)

.....

Centre de Sécurité Sociale / N° et adresse (1)

.....

Assurances scolaires / N° et adresse (1)

.....

(1) photocopie à joindre

En cas d'accident, le service s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de bien vouloir lui communiquer les numéros de téléphone :

 du domicile.....

 portable du père.....  portable de la mère.....

 Travail du père poste.....

Employeur/Nom et adresse

 Travail de la mère poste.....

Employeur/Nom et adresse

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital accueillant les urgences. La famille est avertie par nos soins, dans les plus brefs délais.



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille

Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le
Signature des parents

Observations particulières que vous estimez utiles de porter à la connaissance du service (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre,...).....

.....

Nom, adresse et ☎ du médecin traitant

.....



REPUBLIQUE FRANÇAISE – DEPARTEMENT DE LA MOSELLE – ARRONDISSEMENT DE FORBACH

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Cantine Scolaire Communale « Allergies alimentaires »

Je soussigné (e) NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

* Père – Mère – Tuteur, (responsable légal) de l'enfant

(Nom & prénom) _____ né (e) le _____

Etablissement scolaire fréquenté _____

Dans le cadre de la fréquentation de la cantine scolaire,

- déclare que mon fils / ma fille, consommera dans les lieux prévus pour la restauration collective, le repas qui sera fourni par nos soins
- reconnaît la pleine et entière responsabilité de la fourniture du repas (composants, couverts, conditionnements et contenants nécessaires au transport et au stockage de l'ensemble)
- reconnaît que tous les éléments du repas doivent être parfaitement identifiés pour éviter toute erreur ou substitution
- reconnaît avoir pris connaissance et signé le PAI « Projet d'Accueil Individualisé »

En outre, je déclare :

- décharger La Commune de Farébersviller ainsi que tout le personnel d'encadrement, de toutes responsabilités en cas d'intoxications alimentaires de quelque nature que ce soit.

Fait à Farébersviller, le _____

Signature du parent, (responsable légal)
Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »