



## FICHE D'INSCRIPTION au Restaurant scolaire 2021/2022

A rendre avant le 06 juillet 2021

IDENTITE DE L'ENFANT		
Nom :		
Prénom :		
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance :    /    /	Lieu :
<input type="checkbox"/> Maternelle Marie Laurencin <input type="checkbox"/> Primaire Le Rondeau <u>Classe :</u> <input type="checkbox"/> Maternelle Notre Dame <input type="checkbox"/> Primaire Notre Dame <u>Nom du Professeur :</u>		

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (Précisez)	Lien de parenté : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (Précisez)
Adresse de facturation :	Adresse de facturation :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

Enfant en garde alternée : semaine paire semaine impaire	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>	}	<div style="border: 1px solid green; padding: 2px 10px; display: inline-block;">           Joindre le jugement         </div>
--	--	---	---

Facturation		
Si vous souhaitez opter pour le prélèvement automatique, celui-ci s'effectue au 10 du mois. (cf document)		
<u>Tarif au 1<sup>er</sup> janvier 2021</u>	Repas des enfants de TIERCE	4.52 €
	Repas des enfants communes extérieures	4.70 €
Auquel s'ajoute le transport en car pour élèves des écoles primaires		0.73 €

Si les deux parents sont injoignables qu'elle est la personne de confiance à contacter ?		SANTE	
Nom :	Médecin traitant :		
Prénom :	Ville :		
Lien de parenté :	Tél. :		
Tél. :	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 20px; text-align: center;"> <p><b><u>Prestataire : Restoria</u></b></p> <p><b>Consultation des menus sur :</b> <b><a href="http://www.radislatoque.fr">www.radislatoque.fr</a></b></p> </div>		
Portable :			
Appel en cas d'urgence :			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autorisé à récupérer l'enfant :			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisation	
<b>Prise de photo :</b> Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Hospitalisation :</b> Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant Orientation vers : <input type="checkbox"/> CHU d'Angers <input type="checkbox"/> Clinique de l'Anjou	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Appareillage	
<b>Lunettes :</b> Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Appareil auditif :</b> Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Autre :</b>	

Handicap	
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale de l'autonomie (MDA) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Précisez :</b>	

Pratiques alimentaires - Fournir obligatoirement un PAI si allergie	
<input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> sans bœuf  Autre :	Allergies alimentaires – Précisez : ..... ..... ..... .....

Allergies	Autres problèmes de santé
<input type="checkbox"/> Médicaments : ..... ..... <input type="checkbox"/> Graminées, pollen <input type="checkbox"/> Piqûre de guêpe <input type="checkbox"/> Autre – précisez : ..... .....	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Saignement de nez  Autre – précisez : ..... .....

ATTESTATION
<p>Nous, soussignés : _____</p> <p>Responsables légaux de l'enfant : _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,</li> <li>- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire.</li> </ul>

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

Pour toute question, Mme HERBERT Sophie, responsable du Restaurant scolaire, est à votre disposition.

Vous pouvez la joindre au 06 81 61 55 53 ou par mail [resto@mairietierce.fr](mailto:resto@mairietierce.fr)



Observations : .....

.....

.....

.....

