



**Fiche d'inscription des élèves
Restaurant scolaire
Marigné-Laillé**

Année : 2021-2022

A retourner en mairie au plus tard le 02 juillet 2021

Nom de l'enfant**Prénom**.....

Date et lieu de naissance.....Sexe : M F

Ecole fréquentée.....Classe (pour l'année d'inscription).....

Adresse habituelle de l'enfant :

Parent 1 :

Responsable légal : Oui Non

Nom :..... **Prénom** :.....

Adresse :

Téléphone : domicileportableprofessionnel

Adresse mail :

Parent 2 :

Responsable légal : Oui Non

Nom :..... **Prénom** :.....

Adresse :

Téléphone : domicileportableprofessionnel

Adresse mail :

Nom et prénom du redevable légal.....
(Attention la facture est établie au nom du redevable légal)

Nom et prénom de l'allocataire CAF.....

N° CAF.....

Assurance de l'enfant.....N° de Police.....

Adresse de l'assureur.....

Fréquentation prévue de la cantine :

Régulière

Occasionnelle

Jour (s) : Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Renseignements concernant la santé de l'enfant

- Certains médicaments lui sont-ils interdits pour raisons médicales ? Oui Non

Si oui, lesquels ?.....

- Est-il allergique à certains aliments ? Oui Non

Si oui, quels aliments lui sont interdits

Dans ce cas, un certificat médical circonstancié devra être remis au responsable du restaurant scolaire, à défaut de présentation d'un certificat, l'enfant souffrant d'allergie ne sera pas admis à la restauration scolaire.

Compte tenu des responsabilités et du risque, le personnel de service n'est pas habilité à faire prendre des médicaments aux enfants.

- Nom et adresse et n° téléphone du médecin de famille.....

- Date du dernier rappel antitétanique (ou DT Polio ou Tétracoq).....

Ces informations sont fournies sous l'entière responsabilité du représentant légal de l'enfant, excluant par là-même toute responsabilité de la Commune de Marigné-Laillé.

Vous voudrez bien faire connaître, sans délai, toute modification, pour raison médicale, des informations ainsi fournies et produire un certificat médical à l'appui.

Personnes susceptible de venir chercher l'enfant en cas de problème (parents) ou si les parents sont absents (téléphone indispensable)

Indiquer de préférence les coordonnées (parents) ou personnes proches géographiquement, et des numéros de téléphones fixes.

Signer à côté de chaque nom. Attention : signaler tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)

M.....Qualité.....①.....☎.....
M.....Qualité.....①.....☎.....
M.....Qualité.....①.....☎.....

En cas d'accident grave, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.

Autorisation parentale (obligatoire) de soigner, d'opérer l'enfant

Je soussigné (e) (Nom).....Prénom.....

Je soussigné (e) (Nom).....Prénom.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) donne l'autorisation de soigner, d'opérer, mon enfant

Nom.....Prénom.....âgé (e) deans

Et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Rappel : en cas d'accident hors temps scolaire la responsabilité de la Commune de Marigné-Laillé ne pourra être engagée qu'en cas de défaut de surveillance.

Je soussigné (e) (Nom).....Prénom.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare **avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et du passeport** de Marigné-Laillé consultable sur le site : www.marigne-laille.fr ou à disposition en mairie.

La signature du présent document par l'un des représentants légaux engage conjointement les représentants légaux de l'enfant de manière indivisible.

Date.....

Signature(s) précédées de la mention « Lu et approuvé »

(1) Rayer les mentions inutiles