



**Année Scolaire
2014-2015**

MAIRIE DE SAINS-EN-GOHELLE

Service Jeunesse : Tél. 03.21.45.62.40

Service Enseignement : 03.21.45.62.41

RESTAURATION SCOLAIRE DOSSIER D'INSCRIPTION

**REPRESENTANT
LEGAL**

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Situation Matrimoniale : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone (Travail) : _____

Profession : _____

CONJOINT

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Situation Matrimoniale : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone (Travail) : _____

Profession : _____

PAIEMENT

PERSONNE QUI REGLE LES FRAIS DE RESTAURATION :

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

C. A. F.

NUMERO DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

Nombre d'Enfant(s) à Charge : _____

ENFANT	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
	Nom : _____ Prénom : _____
	Date et Lieu de Naissance : _____
	Classe Scolaire : _____
	Etablissement Fréquenté : _____

FREQUENTATION DE LA CANTINE	Votre enfant mangera à la cantine le
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
	<input type="checkbox"/> Tous les Jours
	<input type="checkbox"/> Occasionnellement

EN CAS D'URGENCE	Personne à contacter en cas d'urgence :
	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien avec l'Enfant : _____
	Adresse : _____ _____
Téléphone : _____ Téléphone (Travail) : _____	

INSCRIPTIONS : Les enfants non inscrits à la rentrée 2014/2015 ne seront pas acceptés.

DOCUMENTS A FOURNIR : Attestation d'Assurance, Carnet de Santé, Attestation de la C.A.F. obligatoire.

Je m'engage à respecter les conditions de fonctionnement de la cantine scolaire et du service périscolaire qui m'ont été communiquées.

A : _____ Le : _____
Signature des Parents :

FICHE SANITAIRE

LES PARENTS

Numéro et Adresse du Centre de Sécurité Sociale : _____

Numéro et Adresse de la C.A.F. (Joindre une copie de la dernière notification des droits) : _____

Date du Dernier Rappel du Vaccin Antitétanique : (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) _____

Allergies : OUI NON

Si oui, à quoi : _____

Pour toute allergie (asthme, médicamenteuse, alimentaire, ...), joindre obligatoirement un certificat de l'allergologue : _____

Observations particulière que vous jugez utiles de porter à la connaissance du Responsable : _____

Nom, Adresse et Numéro de Téléphone du Médecin Traitant : _____

Etablissement Hospitalier où vous souhaitez que votre enfant soit transporté si nécessaire (hôpital ou clinique) : _____

Je, soussigné, _____, responsable de l'enfant (nom et prénom) _____, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant et le faire hospitaliser en cas d'urgence (si son état le nécessite).

A : _____ **Le :** _____
Signature des Parents :

N.B. : En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Documents Confidentiels : Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de Monsieur Yvan BEAUMONT, Adjoint à la Restauration Scolaire.



**Année Scolaire
2014-2015**