

**FICHE D'INSCRIPTION POUR LA RESTAURATION SCOLAIRE  
RENTREE SCOLAIRE 2024-2025**

A rendre obligatoirement pour **19 juin 2024** à la mairie ou par mail : [animation.jeunesse@lachaizelevicomte.com](mailto:animation.jeunesse@lachaizelevicomte.com)

PRESENCE AU RESTAURANT SCOLAIRE :  OUI  NON *Cocher la case*

Date d'arrivée dans le restaurant scolaire pour la rentrée 2024-2025 :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS SCOLARISES DANS LES 2 ECOLES DE LA COMMUNE**

NOMS	PRENOMS	SEXE G/F	DATE DE NAISSANCE	CLASSE à la rentrée 2024-2025	ECOLE PIERRE PERRET OU ECOLE SAINT JOSEPH	NOUVEL ELEVE <i>Cocher la case</i>	RENOUVELLEMENT ELEVE <i>Cocher la case</i>

**1. REMARQUES PARTICULIERES (ex : habitude alimentaire, difficultés alimentaires, comportementales, problèmes de santé...) :** Spécifier le prénom/nom de l'enfant si plusieurs enfants dans le foyer. Si pas de PAI, fournir un certificat médical.

**2. Enfant bénéficiant d'un Protocole d'Accueil Individuel (PAI) en cas d'allergies alimentaires, asthme... :**

Vérifier les médicaments des trousse de secours et les mettre à jour avant la rentrée (école et restaurant scolaire)

**NOM-ET PRENOM DE L'ENFANT :**

Observations (régime alimentaire, problème de santé, allergies...) :

**NOM-ET PRENOM DE L'ENFANT :**

Observations (régime alimentaire, problème de santé, allergies...) :

**3. Nom du médecin traitant :**

**Téléphone :**

**IDENTITE DES PARENTS / REPRESENTANTS LEGAUX**

**PARENT 1 :** (personne qui effectuera le paiement et contact principal pour la transmission des informations)

**Nom :**

**Prénom :**

Marié  Pacsé  En couple  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf

**Adresse :**

Portable :

Domicile :

Professionnel :

**Mail :**

**PARENT 2 :**

**Nom :**

**Prénom :**

Marié  Pacsé  En couple  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf

**Adresse :**

Portable :

Domicile :

Professionnel :

**Mail :**

EN CAS DE SEPARATION DES PARENTS

**NOMS ET PRENOMS DES ENFANTS CONCERNES :**

Mode de garde :  Garde alternée  Garde exclusive pour la mère  Garde exclusive pour le père

En cas de garde alternée : Qui payera les repas ?

La Mère  Le Père  Les deux parents

SITUATION PARTICULIERE (cocher la case)

**NOMS ET PRENOMS DES ENFANTS CONCERNES :**

FAMILLE D'ACCUEIL  TUTEUR

**COORDONNEES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL OU TUTEUR :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Mail :

☎ Portable : ☎ Domicile : ☎ Professionnel :

**ATTENTION** : Si ce n'est pas les parents qui payent les repas (Exemples : famille d'accueil, tuteur, grands-parents...), merci d'indiquer les coordonnées de la personne ou organisme qui le fera :

**NOM ET PRENOM :**

**Adresse :**

**Mail :**

**Téléphone :**

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les représentants légaux)**

Nom-prénom	Lien de parenté	Téléphone

**AUTORISATIONS PARENTALES DIVERSES**

Cocher les mentions que vous souhaitez valider :

Je soussigné(e), .....

Autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence (notamment appel aux pompiers ou au SAMU).

Autorise gracieusement la publication d'image de mon enfant sur les supports de communication de la ville de La Chaize-le-Vicomte (Site de la commune, Facebook...).

**Par cette signature, j'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, des règles de vie et du descriptif de l'organisation de la pause méridienne, consultables sur le site internet communal et du prestataire API Restauration et je m'engage à les respecter.**

Date : Signature des représentants légaux : Signature de (s) l'enfant(s) :