

**INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE ANNEE 2025-2026**

ENFANT	
Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
<b>Classe 2025-2026</b>	

<b>N° allocataire CAF ou MSA :</b>

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro de contrat :

RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (précisez)	Type : Père / Mère / Autre (précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél :	Tél :
Portable	Portable :
Tél Pro :	Tél Pro :

PERSONNES A CONTACTER ( en cas de problème et d'absence des responsables légaux)	
Contact 1	Contact 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (précisez) :	Type : Père / Mère / Autre (précisez) :
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON (barrez la mention inutile)	Appel en cas d'urgence : OUI / NON (barrez la mention inutile)
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON (barrez la mention inutile)	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON (barrez la mention inutile)
Contact 3	Contact 4
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (précisez) :	Type : Père / Mère / Autre (précisez) :
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON (barrez la mention inutile)	Appel en cas d'urgence : OUI / NON (barrez la mention inutile)
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON (barrez la mention inutile)	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON (barrez la mention inutile)

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin	Téléphone	Spécialité

ALLERGIES	PRATIQUES ALIMENTAIRES

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI /NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire	OUI /NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI /NON
<b>Handicap</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)	OUI /NON (Si oui la remettre en Mairie)
<b>PAI : (protocole d'accueil individualisé)</b> : si l'enfant présente une allergie alimentaire ou maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins à l'école.	OUI / NON (Si oui la remettre en Mairie)

**PRESENCE A LA CANTINE**  
ATTENTION LES RESERVATIONS DE REPAS DOIVENT SE FAIRE PAR VOS SOINS SUR LE PORTAIL FAMILLE :  
[parent.cantine-de-france.fr](http://parent.cantine-de-france.fr)

- De manière fixe à l'année** :     Lundi     Mardi     Jeudi     Vendredi    *sur le portail Famille*
- Au planning** : *sur le portail Famille au plus tard le jeudi avant 18h, 15 jours à l'avance.*
- Occasionnellement** : *à titre très exceptionnel et sur justificatif, en prévenant la mairie 24h à l'avance (au plus tard la veille du repas pris en cantine). La mairie procède alors à l'inscription et il est fait application du tarif majoré.*

Je soussigné(e) (Nom) ..... (Prénom) .....,  
responsable légal de l'enfant : .....

- donne l'autorisation, en cas d'accident ou maladie, de faire transporter par les services d'urgence médicale mon enfant à hôpital de ..... qui pratiquera les interventions médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De ce fait, je dégage les services de toute responsabilité pour tout dommage qui surviendrait à mon enfant, ou du fait de mon enfant après cette prise en charge, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

- déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche, sans omission.

- m'engage à signaler par écrit tout changement de situation (ex : nouveau numéro de téléphone, changement de l'état de santé de l'enfant...).

- déclare avoir pris connaissance du règlement du restaurant scolaire de la commune de St-Pierre-Eglise et l'approuver dans sa totalité.

Fait à....., le.....

Signature du responsable légal