

FICHE D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE :

FLEVIEU LES PIERRES **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS****PERE** :

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

Téléphone domicile : ----- Téléphone portable : -----

N° Allocataire CAFAL : ----- Quotient familial : -----

Employeur : Nom : ----- Tél : -----

Adresse: -----

MERE :

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

Téléphone domicile : ----- Téléphone portable : -----

N° Allocataire CAFAL : ----- Quotient familial : -----

Employeur : Nom : ----- Tél : -----

Adresse: -----

Adresse mail pour l'envoi des factures :

SITUATION DE FAMILLE :Célibataire Marié(e) Union libre Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Autorité parentale : Père Mère **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS RESTANT A LA CANTINE**

- Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Classe : -----

- Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Classe : -----

- Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Classe : -----

- Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Classe : -----

Je soussigné(e) (*) ----- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés.

Fait à Ternay, le -----

Signature :

COMMUNE DE TERNAY

ECOLE : FLEVIEU

LES PIERRES

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

DATE DE NAISSANCE : ----- CLASSE : -----

NOM DU PERE : ----- ADRESSE : ----- TEL. : -----

NOM DE LA MERE : ----- ADRESSE : ----- TEL. : -----

N° ALLOCATAIRE CAFAL : ----- QUOTIENT FAMILIAL CAFAL : -----

Je soussigné : Père, Mère, (1)(*) -----

- AUTORISE le personnel encadrant à prendre les mesures nécessaires en cas de problème de santé (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), concernant mon fils, ma fille (1)(*): -----

- AUTORISE la structure à utiliser l'image de mon enfant sur des supports tels internet, programme, presse.

- AUTORISE la structure à transporter mon enfant sur les lieux d'activité en car, à pieds.....

- PREND ACTE que tout médicament est interdit à la cantine (sauf P.A.I.)

CONTRAINTES RELIGIEUSES : -----

NOMS ET N° DE TEL. DE PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE NECESSITE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : ----- TEL : -----

MALADIES :

Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Alimentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres (animaux, plantes, pollen)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

TRAITEMENT MEDICAL :

DIFFICULTES DE SANTE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Je soussigné(e)(*) -----certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés.

Fait à Ternay, le -----

Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles

(*) Nom, prénom

CANTINE SCOLAIRE DE TERNAY

INSCRIPTION ANNUELLE

JUSQU'AU * : 06/07/2019

(fin de l'année scolaire) :

ou date au choix :

Nom : _____

Prénom : _____

Classe : _____

**DURANT L'ANNEE SCOLAIRE 2018/2019,
MON ENFANT MANGERA LES JOURS SUIVANTS * :**

*** Cocher la case correspondante**

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

**INSCRIPTION PRISE EN COMPTE PAR LA MAIRIE
A COMPTER DU :**

Date et signature,

CANTINE SCOLAIRE DE TERNAY

INSCRIPTION HEBDOMADAIRE

Nom :

Prénom :

Classe :

SEMAINE DU 03/09/2018 au 07/09/2018 *

*** Cocher la case correspondante**

L	M	J	V

Signature,

A RENDRE AVANT LE JEUDI 30/08/2018
EN MAIRIE DE TERNAY

CANTINE SCOLAIRE DE TERNAY

INSCRIPTION HEBDOMADAIRE

Nom :

Prénom :

Classe :

SEMAINE DU 10/09/2018 au 14/09/2018 *

*** Cocher la case correspondante**

L	M	J	V

Signature,

A RENDRE AVANT LE JEUDI 06/09/2018
EN MAIRIE DE TERNAY