



**INSCRIPTION**  
**RESTAURATION SCOLAIRE / ETUDE**  
**Année Scolaire 2025 / 2026**

**L'ÉLÈVE :**

NOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Prénom : .....

**RESPONSABLE LÉGAUX :**

**MÈRE : Autorité Parentale**       Oui  Non

**PÈRE : Autorité Parentale**       Oui  Non

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

*En cas de séparation des parents, fournir une copie du jugement fixant la résidence de l'enfant.*

**PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES à récupérer l'élève (hors responsables légaux) :**

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

**ASSURANCE SCOLAIRE :**

L'assurance scolaire couvrant l'année scolaire est obligatoire pour déjeuner à la cantine, à défaut l'inscription ne sera pas validée.

Compagnie d'assurance : .....

Numéro de Contrat : .....

Période de validité : début    /    /    Fin    /    /

**▲ Joindre une copie de l'attestation correspondante et transmettre sa mise à jour aux échéances de contrat si nécessaire.**

**SANTÉ :** Si votre enfant présente un trouble de la santé ou une maladie longue durée, prévoir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI à élaborer avec le médecin traitant et la Direction d'Ecole) **avant la rentrée**

Mon enfant présente une allergie alimentaire : **(SI OUI, LE PAI EST OBLIGATOIRE)**

Oui  Non

Mon enfant présente une pathologie nécessitant la prise de médicament durant la pause méridienne (Si oui, PAI\*)

Oui  Non

Mon enfant présente des troubles de la santé nécessitant une attention particulière

Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

**VACCINS OBLIGATOIRES :**

**Mon enfant est né avant le 31 / 12 / 2019**

Diphtérie       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Tétanos       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Poliomyélite       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

**Mon enfant est né après le 01 / 01 / 2020**

Diphtérie       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Tétanos       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Poliomyélite       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Coqueluche       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Rougeole       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Oreillons       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Hépatite B       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Rubéole       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

MéningocoqueC       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Pneumocoque       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

Haemophilus       Oui  Non      Date dernier rappel : .....

influenzae B

**AUTORISATION :**

J'autorise mon enfant à être prise en photos de la cadre des activités effectuées durant la pause méridienne  Oui  Non

J'autorise la publication de ces photos sur le site internet de la commune ou le journal municipal  Oui  Non

J'autorise la publication de ces photos sur la page Facebook officielle de la Ville  Oui  Non

Je soussigné(e) Madame et / ou Monsieur \_\_\_\_\_ certifie l'exactitude des renseignements mentionnés dans l'ensemble de cette fiche de renseignements.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur Restauration Scolaire / Etude et m'engage à le respecter.

Je m'engage à informer la municipalité de tout changement des renseignements mentionnés sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_ le    /    /

**Signature(s) OBLIGATOIRE(S) :**