



# Syndicat Intercommunal du Thymerais

## RESTAURATION SCOLAIRE

FICHE A RETOURNER A LA MAIRIE AVANT LE : **30 JUIN 2018**

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  Fille  Garçon

Classe pour l'année **2018-2019** : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

chez ses deux parents  chez sa maman  chez son papa  en alternance  chez une tierce personne  
Autorité parentale :  Mère et Père  Mère uniquement  Père uniquement  Autre (préciser) : .....

### NUMEROS DE TELEPHONE

N° du domicile de l'enfant : .....

N° de téléphone de sa mère ou tutrice légale : .....

N° de téléphone du père ou tuteur légal : .....

### INSCRIPTION POUR :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

**Veuillez compléter la demande de prélèvement SI VOUS OPTEZ POUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses ? \_\_\_\_\_ Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il allergique ? \_\_\_\_\_ Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_

Observations particulières : \_\_\_\_\_

**Tournez S.V.P.**

**MERE / TUTRICE LEGALE**

Nom : .....  
Prénom : .....

Nom : .....  
Prénom : .....

Date de naissance : .....  
N°CAF : .....

Date de naissance : .....  
N°CAF : .....

Adresse e-mail : .....  
(pour l'envoi des factures)

Adresse e-mail : .....  
(pour l'envoi des factures)

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

.....

.....

.....

.....

Nom/adresse/téléphone de l'employeur :

Nom/adresse/téléphone de l'employeur :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PERE / TUTEUR LEGAL**

**Contacts en cas d'accident**

Nom / Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone

**Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (ou à joindre si problème urgent)**

Noms et prénoms : \_\_\_\_\_  
Qualité : \_\_\_\_\_  
Numéros de téléphone : \_\_\_\_\_

**Situations particulières concernant la santé de l'enfant :**

Projet d'accueil individualisé pour chacun de ces enfants

Allergies alimentaires connues :

\_\_\_\_\_  
Allergies médicales connues :

\_\_\_\_\_  
Traitements médicamenteux si affectation grave ou de longue durée (avec certificat médical et décharge de responsabilité si prise de médicaments nécessaires durant le repas) :

**AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

J'autorise le(s) responsable (s) des différentes structures à faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts et m'engage à signaler toute modification.

**Signature de la / des personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale :**