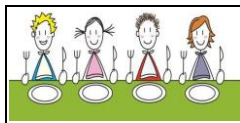


SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU THYMERAIS



FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE ANNÉE 2020/2021

➤ ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : Lieu de naissance :

Classe pour l'année 2020-2021 : : Maternelle Élémentaire

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) :

➤ MERE / TUTRICE LEGALE

Nom :
Prénom :

Date de naissance :
N°CAF (**joindre un justificatif**) :
E-mail (**Obligatoire**):

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

Nom/adresse/téléphone de l'employeur (**Obligatoire**) :
.....
.....
.....

➤ PERE / TUTEUR LEGAL

Nom :
Prénom :

Date de naissance :
N°CAF (**joindre un justificatif**) :
E-mail (**Obligatoire**):

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

Nom/adresse/téléphone de l'employeur (**Obligatoire**) :
.....
.....
.....

➤ 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 :

➤ 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)

➤ **JOURS DE PRÉSENCE :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

➤ **MENUS :**

Standard Sans porc

PAI - Repas allergique ou autre pathologie : mise en place d'un projet individualisé (PAI)

Pour une première mise en place ou un renouvellement, prendre contact avec la Direction de l'école qui met au point le PAI avec les différents partenaires (Médecin traitant et responsable de l'Etablissement).

➤ **SITUATIONS PARTICULIERES CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT :**

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : _____ Votre enfant est-il allergique ? _____ 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.
J'accorde le droit d'utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de reportages photographiques et vidéo
J'autorise à utiliser mon adresse électronique et mon adresse postale à des fins de communication
Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts et m'engage à signaler toute modification.

➤ **LES JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A L'INSCRIPTION :**

- Photocopie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois
- Photocopie de l'avis d'imposition
- Photocopie d'un justificatif de la Caisse d'Allocation Familiale (Attestation de paiement)
- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant lors des activités périscolaires

Cas particuliers

- La demande de prélèvement automatique (téléchargeable sur le site : www.chateauneuf-en-thymerais.fr)
- PAI validé par les différents partenaires pour chaque enfant concerné

 **(Inscription au restaurant scolaire seulement après validation)**

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