

INSCRIPTION

— RESTAURATION SCOLAIRE ET GARDERIE



2024
—
2025

INFORMATION ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant :

Classe à la rentrée de septembre 2024 :



PS



MS



GS



CP



CE1



CE2



CM1



CM2

Date et lieu de naissance :

INFORMATION FOYER PARENTAL

	PÈRE	MÈRE	AUTRE PERSONNE RESPONSABLE
NOM			
PRENOM			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE			
N° DE TEL			
ADRESSE			
CODE POSTAL ET VILLE			
ADRESSE MAIL			
PROFESSION			
TEL TRAVAIL			
SITUATION FAMILIALE	☐ Concubinage ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ PACS ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)	☐ Concubinage ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ PACS ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)	☐ Concubinage ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ PACS ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)

RESTAURATION SCOLAIRE

Type de menu (1 seul choix possible) :

☐ Standard ☐ Sans porc ☐ Sans viande

☐ P.A.I. (Plan d'Accueil Individualisé) - Allergie alimentaire ou autre pathologie : mise en place d'un P.A.I. avec obligation de fourniture des repas et couverts par les familles. Pour une première mise en place ou un renouvellement, prendre contact avec la Direction de l'école qui met au point le P.A.I. Après validation, il vous faudra contacter le service scolaire pour procéder à l'inscription.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur
autorise la ou les personne(s) MAJEURE(S) désignée(s) ci dessous à venir chercher mon enfant sur les structures municipales.

NOM ET PRÉNOM	N° DE TÉLÉPHONE	QUALITÉ

INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Notification de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) : ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il allergique : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez l'allergie : ☐ Alimentaire ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse

Votre enfant présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Votre enfant porte t-il : Des lunettes ☐ Oui ☐ Non Des lentilles ☐ Oui ☐ Non

Des prothèses auditives ☐ Oui ☐ Non Des prothèses dentaires ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant poursuit-il un traitement médical : ☐ Oui ☐ Non

Recommandations utiles :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté ou transporté par les services de secours d'urgence vers l'établissement de santé (hôpital, clinique...) le plus adapté. La famille est immédiatement avertie. Un enfant mineur ne peut sortir seul de l'établissement de santé.

MEDECIN TRAITANT DE VOTRE ENFANT

Nom et prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

VACCINATIONS ET INFORMATIONS

DIPHTERIE	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
TETANOS	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
POLIOMYELITE	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
DT POLIO	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
TETRACOQ	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
PNEUMOCOQUE	☐ Oui ☐ Non Date rappel :

COQUELUCHE	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
HEPATITE B	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
ROR	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
MENINGOCOQUE C	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
HAEMOPHILIUS	☐ Oui ☐ Non Date rappel :
AUTRES	☐ Oui ☐ Non Date rappel :

Vous devez remplir le tableau obligatoirement

N° CAF :

AUTORISATION

Pendant la restauration scolaire (de 11h20-30 à 13h20-30) et le périscolaire (de 07H00 à 8H20-30 et de 16h20-30 à 19h00) les enfants sont sous la responsabilité de la commune de Maisse.

En cas d'urgence, nous avons besoin de votre autorisation pour intervenir dans les meilleures conditions.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir l'autorisation ci-dessous.

Je soussigné(e) autorise le personnel de la cantine municipale ou du temps périscolaire de Maisse, à faire pratiquer toute intervention et soins d'urgences sur mon enfant et / ou à l'hospitaliser

Fait à Maisse, le

Signatures :

Mère :

Père :

Tuteur :

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités scolaires, périscolaires, des photographies, des enregistrements sonores ou créations de toutes natures peuvent faire l'objet de diffusions à des fins non commerciales et dans un but strictement pédagogique ou éducatif ou pour relater dans les journaux municipaux et le site internet de la commune, les projets éducatifs relatifs à l'école.

Ces diffusions doivent s'inscrire dans la réglementation propre à la protection de la vie privée des enfants et la propriété littéraire et artistique. C'est pourquoi un accord est nécessaire de votre part et vous êtes invités à compléter ci-dessous :

Je soussigné(e) _____ père, mère, tuteur
de l'enfant _____

☐ Autorise, ☐ N'autorise pas la Ville de Maisse à effectuer et à reproduire des reportages photographiques et/ou audiovisuels où apparaît mon enfant lors des activités scolaire et périscolaire de la ville.

Fait à Maisse, le _____

Signatures :

Mère :

Père :

Tuteur :

☐ Je m'engage à signaler rapidement par écrit tout changement sur la santé de mon enfant.

☐ Je déclare exactes les informations communiquées. Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivant du code pénal.

☐ Je certifie avoir pris connaissance du règlement du service de la restauration scolaire et de la garderie sur le site internet maisse.fr et m'engage à le respecter.

Fait à Maisse, le _____

Signatures

Mère :

Père :

Tuteur :

Signature(s) précédé(e)s de la mention "Lu et approuvé"