

FICHE D'INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

CANTINE MUNICIPALE DE LA COMMUNE DE DOYET

NOM :
 PRENOM DE L'ENFANT :
 CLASSE :



NOM (des parents ou représentant légal) :
 PRENOM :
 ADRESSE :

Adresse mail :@.....

Numéro d'allocataire CAF :

NOM DU PAYEUR :

Je m'engage à inscrire (nom, prénom de l'enfant)

à la cantine de Doyet du 03/09/2018 au 05/07/2019 pour les jours ci-dessous et déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur ci-joint.

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	REPAS OCCASIONNELS

A le

Signature des parents ou du représentant légal

☛ Les parents voudront bien retourner à la mairie de Doyet, au plus tard le vendredi 29 juin 2018, la fiche d'inscription dûment remplie.

CANTINE MUNICIPALE DE LA COMMUNE DE DOYET

FICHE D'URGENCE

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

ANNEE SCOLAIRE : 2018-2019

NOM : PRENOM :

CLASSE : DATE DE NAISSANCE :

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1/ N° de téléphone du domicile :

2/ Adresse et N° du travail du père :

.....

3/ Adresse et N° du travail de la mère :

.....

4/ Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame : autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signature des parents ou du représentant légal :

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :

(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre)

.....

.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du directeur de l'établissement.