

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE année scolaire 2019 - 2020

ENFANT :

NOM :	Prénom :
-------------	----------------

Date de naissance :	Lieu de naissance :
---------------------------	---------------------------

CLASSE : <i>(cocher la case)</i>	MATERNELLE			ÉLÉMENTAIRE				
	Petite Section	Moyenne Section	Grande Section	Cours Préparatoire	Cours Élémentaire		Cours Moyen	
					1	2	1	2
	<input type="checkbox"/>							

NOM de l'enseignant :

INSCRIPTIONS : (cocher la ou les case(s))

La fiche d'inscription doit être retournée à la mairie avant le vendredi 23 août 2019 dernier délai.

Pour les familles qui n'ont pas de planning stable, il est conseillé d'inscrire l'enfant tous les jours et de procéder aux annulations éventuelles sur le site viacham.fr 8 jours avant la date concernée. Si exceptionnellement vous rencontrez des problèmes, envoyez un mail avec accusé de réception ou de confirmation de lecture à l'adresse cantine@servoz.fr au plus tard le jeudi de la semaine précédente avant 9 heures. Passé cet horaire, aucune annulation supplémentaire ne sera prise en compte et le repas sera facturé. Aucun mail de confirmation ne sera envoyé. **Ne pas oublier de préciser la classe et le nom de l'enseignant de l'enfant.**

ADHÉSION : (cocher la case)

<input type="checkbox"/>	FORMULE ANNUELLE : pour toute l'année scolaire		
LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	FORMULE OCCASIONNELLE		

FAMILLE :

(a) : cocher la personne chargée du règlement	
(b) en cas de demande de prélèvement, veuillez remplir le formulaire de mandat de prélèvement SEPA	
MÈRE	PÈRE
<input type="checkbox"/> (a)	<input type="checkbox"/> (a)
Nom & Prénom :	Nom & Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone du domicile :	Téléphone du domicile :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Portable :	Portable :

Adresse mail :

Adresse mail :

AUTORISATION : *(cocher la case)*

autorise ou n'autorise pas l'utilisation d'images photographiques ou numériques de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires (restauration).

SOINS MEDICAUX :

Personnes susceptibles de vous prévenir rapidement ou de prendre en charge votre enfant durant le repas de midi :

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

En cas d'absence du (ou des) responsables (s), votre enfant accidenté ou malade sera conduit au cabinet médical le plus proche.

En cas d'urgence, il sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'INTERVENTION MÉDICALE ou CHIRURGIE URGENTE

Je (nous) soussigné(e, és) :

Agissant en qualité de père de mère de l'enfant :

Autorise ou autorisons la personne responsable de la garderie ou son représentant mandaté à prendre, en cas de maladie ou d'accident toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation, après en avoir averti le responsable légal.

Date et signature :

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies et interdits alimentaires, convulsions, traitement en cours, précautions particulières à prendre, etc...) :

.....
.....
.....
.....
.....

SIGNATURES :

Signature de la mère :

Signature du père :

Date :

.....

