

## AUX SERVICES RESTAURANT SCOLAIRE ET PASSERELLE-ENFANCE

ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

	Représentant 1 (ou représentant légal)	Représentant 2
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone mobile		
Adresse e-mail (moyen de communication d'informations)		
Employeur et adresse		
Téléphone professionnel		

Situation familiale :

mariés    pacsés    union libre    séparés    divorcés    célibataire

Enfant(s) à inscrire :

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant	4 <sup>ème</sup> enfant
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Classe				

**Mairie de Loire-sur-Rhône**

471, rue Edmond Cinquin • Tél. 04.72.49.21.21 • Fax. 04.72.49.21.20 •

Mail : [mairie@loire-sur-rhone.fr](mailto:mairie@loire-sur-rhone.fr) • Site internet : <http://www.loire-sur-rhone.fr>

**Nom et adresse pour l'envoi et le règlement des factures :**

.....  
.....

**Autres personnes majeures à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone	Tél. mobile

**Autres personnes autorisées à récupérer les enfants :**

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone	Tél. mobile

**Inscription à un ou plusieurs services (à cocher):**

- Restaurant scolaire (**joindre la fiche de renseignement complémentaire « choix de la formule »**)
- Périscolaire, accueil du matin et du soir des jours d'école, accueil du mercredi après l'école (**joindre la fiche d'inscription annuelle ou mensuelle**)
- Nouvelles Activités Périscolaires (écoles publiques seulement)

**Informations IMPORTANTES :**

Des aliments sont-ils interdits à votre/vos enfant(s) : .....

Votre enfant doit-il bénéficier de la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé OUI  NON

**Informations médicales :**

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Problème médical à signaler : .....

.....

**Autorisations parentales :**

Autorisation d'intervention en cas d'accident :

J'autorise les personnes responsables des services restaurant scolaire et passerelle-enfance à prendre toutes les mesures nécessaires pour soigner mon/mes enfant(s) en cas d'accident ou d'hospitalisation.

Droit à l'image :

J'accepte que les photos, de mon/mes enfant(s), soient utilisées par la Mairie de Loire-sur-Rhône dans ses supports de communication (internes et externes) : **OUI**  **NON**

Autorisation d'accès à CAF PRO :

J'autorise les responsables des services communaux à accéder à *CAF PRO*, pour consulter les informations me concernant (pour détermination des tarifs).

**Pièces à joindre au dossier :**

- copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'/les enfant(s),
- copie de la page de vaccination (DTP) ou des Cerfas n°12594\*01 et n°12595\*01 du carnet de santé des enfants,
- justificatif du numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocation Familiales (photocopie carte d'allocataire ou attestation CAF),
- copie du dernier avis d'imposition où apparait le nombre de parts,
- un exemplaire de la charte des services.

Je soussigné(e) : .....

atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs et adhérer à la charte des services ;  
m'engage à régler les factures des services, ce, même si mon enfant a été pris en charge dans le cadre d'une urgence et donc non inscrit ;  
atteste l'exactitude des renseignements apposés ci-dessus.

Fait le : ...../...../.....

**Signature des représentants légaux :**

à : .....

