

COMMUNE DE DAUPHIN -SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE – ACCEUIL PERISCOLAIRE - Mail : mairie.dauphin@mairiededauphin.fr

## FICHE D'INSCRIPTION RENTREE SCOLAIRE 2020-2021

### **ENFANTS**

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	N°SECURITE SOCIALE	CLASSE
(4)			,	4	
				56	

## **INSCRIPTIONS SERVICES**

RESTAURATION SCOLAIRE	FORFAIT 4 JOURS LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	FORFAIT 3 JOURS * LUNDI/MARDI JEUDI/VENDREDI	FORFAIT 2 JOURS * LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	FOIRFAIT 1 JOUR* LUNDI/MARDI/J JEUDI/VENDREDI	OCCASIONNEL
CHOIX * indiquer les jours choisis					
ACCUEIL PERISCOLAIRE	MATIN Forfait Mois	SOIR Forfait Mois	MATIN LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	SOIR LUNDI/MARDI/ JEUDI/VENDREDI	OCCASIONNEL
CHOIX * indiquer les jours choisis					

#### **RENSEIGNEMENT PARENTS**

Nom / Prénom

Tel Fixe

Email

Responsable		35
Nom / Prénom		
Adresse	Date de naissance	
	Situation de famille	
CP / Ville		
Tel Fixe	Tel Mobile Tel Travail	
Email		
Profession		
Conjoint		

Tel Travail

Date et signature du ou des responsables précédé de la mention lu et approuvé.

Tel Mobile



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON Restauration et Accueil Périscolaire 2020-2021

Date	de naissand	ce :				
	Garçon	0	Fille 0			
VACCINATIONS :	(se référer au	carnet de s	santé)			
VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMAN	IDÉS	Dates
térie				Hépatite B	-	
nos				Rubéole-Oreillons-Rougeo	ole	
myélite				Coqueluche		-
T Polio				Autres (préciser) :	ħ.	
étanos						2
			9		1	
enfant suit-il un traite oui, joindre une ordo ucune médication ne	ement médica nnance médic sera adminis	al ? cale récent trée par un	e pour information des so	on 0 ervices médicaux en cas d'urg n scolaire et accueil périscola nner eux même le traiteme	aire. Si la méd	dication e
enfant suit-il un traite i oui, joindre une ordo ucune médication ne bligatoire les parents	ement médica nnance médic sera adminis doivent pren	al ? cale récent trée par un dre leurs d	Oui 0 No e pour information des se a agent de la restauration	ervices médicaux en cas d'urg	aire. Si la méd	dication e
enfant suit-il un traite i oui, joindre une ordo ucune médication ne bligatoire les parents	ement médica nnance médic sera adminis doivent pren es maladies su	al ? cale récent trée par un dre leurs d	Oui 0 No e pour information des se a agent de la restauration	ervices médicaux en cas d'urg	aire. Si la méd	
enfant suit-il un traite i oui, joindre une ordo ucune médication ne bligatoire les parents enfant a-t-il déjà eu le RUBEOLE	sera adminis doivent pren	al ? cale récent trée par un dre leurs d tivantes ?	Oui 0 Noise pour information des se agent de la restauration ispositions pour venir do	ervices médicaux en cas d'urg n scolaire et accueil périscola nner eux même le traitemen RHUMATISME	aire. Si la méd nt. SCARL	
enfant suit-il un traite i oui, joindre une ordo ucune médication ne bligatoire les parents enfant a-t-il déjà eu le RUBEOLE	sera administration doivent pren	al ? cale récent trée par un dre leurs d tivantes ?	Oui 0 No e pour information des se n agent de la restauration ispositions pour venir do	ervices médicaux en cas d'urg n scolaire et accueil périscola nner eux même le traitemen RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	aire. Si la méd nt. SCARL	ATINE
enfant suit-il un traite i oui, joindre une ordo ucune médication ne bligatoire les parents enfant a-t-il déjà eu le RUBEOLE Oui 0 Non 0  COQUELUCHE	sera administ doivent pren s maladies su VARI	al ? cale récent trée par un dre leurs d tivantes ? ICELLE	Oui 0 Noi 0	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  Oui 0 Non 0	aire. Si la méd nt. SCARL	ATINE
'enfant suit-il un traite i oui, joindre une ordo ucune médication ne bligatoire les parents 'enfant a-t-il déjà eu le RUBEOLE Oui 0 Non 0  COQUELUCHE	ement médica nnance médic sera adminis doivent pren es maladies su  VARI  Oui 0 N  OT  Oui 0 N	al? cale récent trée par un dre leurs d tivantes? CELLE Ion 0	Oui 0 Noi e pour information des se agent de la restauration ispositions pour venir do  ANGINE  Oui 0 Non 0  ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  OREILLONS	aire. Si la méd nt. SCARL	ATINE

Régimes Sans Porc 0

Non 0

Indiquez ci-après les <b>difficultés de santé</b> (maladie, précisant les dates et les précautions à prendre.		
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENT		
Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des Joindre l'attestation d'assurance responsabilité civil	123 A 125	120
- RESPONSABLE DE L'ENFANT :		
Nom :	Prénom :	
Adresse :		
Téléphone domicile :		
Veuillez communiquer tout changement de situatio en cas de divorce joindre la copie de la 1ere page du		
Nom et téléphone du médecin traitant :		
RENSEIGNEMENTS AUTORISATION DE SORT	ΓΙΕ	
Responsable (1) : Responsable (2) :		éphone :
Personne à prévenir en cas d'accident : Nom et prénom		Qualité
PERSONNES AUTORISEES A VENIR RI	ECUPERER VOTRE ENFANT	(autre que les parents)
Nom et prénom	Téléphone	Qualité
Nom et prénom	Téléphone	Qualité
Nom et prénom	Téléphone	Qualité
Nom et prénom	Téléphone	Qualité
Je soussigné(e)respo sur cette fiche et autorise le responsable de la prendre toutes les mesures nécessaires en cas chirurgicales ) rendues nécessaires par l'état de l	restauration scolaire et de d'urgence (traitements m	l'accueil périscolaire le cas échéant à
Date :	Signature :	