

**BLANGY – PONT L'ÉVEQUE INTERCOM**  
**FICHE D'INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE ET GARDERIE**  
 ECOLE de .....  
 ANNEE SCOLAIRE 2011-2012

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Classe et nom de l'enseignant : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

Situation de famille : Marié  Séparé  Divorcé  Veuf  Union Libre  Célibataire

Nom et prénom des parents ou du responsable légal : .....

Adresse : .....

**Téléphone**

Domicile : ..... Portable(s): .....

Travail : .....

**CANTINE ET GARDERIE**

J'inscris mon enfant au restaurant scolaire, en garderie à l'école de ..... à compter du ....., les jours indiqués ci-dessous, tout au long de l'année scolaire. En cas d'inscription occasionnelle, les modalités devront être définies avec le responsable de la garderie et, les jours de présences précisés une semaine avant.

		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE	MATIN				
	SOIR				
RESTAURANT SCOLAIRE					

**SORTIE DE L'ECOLE**

**Votre enfant est en maternelle.** Il doit être obligatoirement pris en charge à la sortie de l'école.

**Votre enfant est en élémentaire.** Il est conseillé de venir chercher les enfants de CP à la sortie de l'école.

Prend t'il le **car scolaire** ? Oui  Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant à la sortie de l'école ou à la garderie (sous réserve qu'elles soient âgées de plus de 12 ans) mentionner leur qualité (parents, frère et sœur, amis etc...).

- 
-

**ASSURANCE**

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : .....

NUMERO DE POLICE : .....

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

**Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom, prénom et n° de téléphone) :**.....

.....

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

Date du dernier vaccin antitétanique : .....

**Observations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'établissement :**

(Allergies, traitement en cour, précautions particulières, PAI) : .....

.....

.....

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fait à :

le :

Signature des parents :