

COUPON RÉPONSE (à rendre en mairie à l'inscription)



Nom Prénom

Adresse
.....

Nom et Prénom de l'élève en classe de

Nous nous engageons à respecter le règlement de la restauration scolaire de l'école JP Meslé et avons pris connaissance des sanctions pouvant être prises en cas de non-respect de ce dernier.

Fait à

Le / /

Signature du représentant légal de l'enfant

Signature de l'élève

FICHE SANITAIRE 2024/2025

RESTAURATION SCOLAIRE

Merci de remplir obligatoirement une fiche par enfant

Nom et prénom de l'enfant.....

Classe.....

Nom et prénom du représentant légal.....

Adresse.....

.....

Tél fixe.....Tél portable.....Travail.....

Adresse mail.....

Autres personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables

| NOM et PRENOM | LIEN DE PARENTE | TELEPHONE |
|---------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |

Informations complémentaires

| | OUI | NON | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| L'enfant porte-t-il des lunettes ? | | | |
| L'enfant porte-t-il des lentilles ? | | | |
| L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? | | | |
| L'enfant porte-t-il des prothèses ou appareils dentaires ? | | | |
| Allergies alimentaires (à préciser) | | | |
| Allergies médicamenteuses (à préciser) | | | |
| Autres allergies (à préciser) | | | |

Projet d'Accueil Individualisé (joindre le protocole et toutes informations utiles)

A noter : sans PAI pour allergies alimentaires lors de l'inscription, l'enfant ne pourra être accueilli à la restauration scolaire.

AUTORISATION

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant
... déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille, et autorise le personnel encadrant de la restauration scolaire à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation ou consultation médicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à

le

Signature du représentant légal