



DOSSIER D'INSCRIPTION : RESTAURANT SCOLAIRE

Année 2023-2024

A renouveler obligatoirement à chaque changement de situation (familiale, domicile...)
au cours de l'année

Aucune admission ne pourra être acceptée si ce dossier n'est pas entièrement complété

Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Code Postal	Code Postal
Ville	Ville
Téléphone domicile	Téléphone domicile
Téléphone Professionnel	Téléphone Professionnel
Téléphone Portable	Téléphone Portable
Situation familiale	Situation familiale
Adresse mail	Adresse mail
Numéro de SS.	Numéro de SS.

URGENCE :

Numéro de téléphone pour joindre une personne responsable de l'enfant (ou des enfants) pendant les heures de repas

Nom et Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Personne ayant l'enfant en garde	Numéros de téléphone

Modes de règlements :

En espèces, par chèque à l'ordre du Trésor Public

Par prélèvement

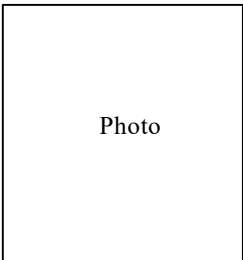
Règlement en ligne

Attention : aucune facturation ne sera divisée pour les parents séparés

1^{er} enfant :

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.).

Régime sans porc



Nom de l'enfant :
Date de naissance :
Classe :

Prénom :
Sexe :

Nouvelle inscription

Renouvellement

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire (cocher la ou les cases correspondante(s) :

Tous les jours de la semaine : Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi

Certains jours de la semaine : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____
Commune : _____ N° de téléphone : _____

Hospitalisation: Centre Hospitalier Dreux Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio **ou** Tétracoq Dates des derniers rappels : _____

BCG Dates des derniers rappels : _____

Autres (Hépatites, ROR, coqueluche,...) _____

(merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Maladies chroniques: asthme, convulsions, diabète, autre. Précisez _____

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre. Précisez _____

L'enfant suit un régime alimentaire (sur certificat médical). Précisez : _____

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...):

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

RÉCAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR

- Fiche d'inscription à la cantine, complétée et signée
- Copie de l'avis d'imposition ou non-imposition de l'année en cours à faire parvenir avant le 15 septembre sinon la facturation s'effectuera au taux le plus fort
- Attestation de paiement de la CAF
- Photocopie de l'attestation d'assurance de l'enfant
- Accusé réception daté et signé du présent règlement
- Relevé d'Identité Bancaire (en cas de prélèvement)

<i>Quotient familial</i>	<i>Inférieur ou égal à 350€</i>	<i>Compris entre 351€ et 699€</i>	<i>Compris entre 700€ et 1199€</i>	<i>Supérieur ou égal à 1200€</i>
Forfait 4 jours / semaine	37,80 €	46,20 €	54,60 €	63,00 €
Forfait 3 jours / semaine	28,40 €	34,70 €	41,00 €	47,30 €
Forfait 2 jours / semaine	18,90 €	23,10 €	27,30 €	31,50 €
Forfait 1 jour / semaine	9,50 €	11,60 €	13,70 €	15,80 €

o Cantine exceptionnelle

6,00 €

2ème enfant :

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.).

Régime sans porc

Photo

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Classe :

Nouvelle inscription

Renouvellement

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire (cocher la ou les cases correspondante(s) :

Tous les jours de la semaine : Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi

Certains jours de la semaine : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

Hospitalisation: Centre Hospitalier Dreux Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio **ou** Tétracoq Dates des derniers rappels : _____

BCG Dates des derniers rappels : _____

Autres (Hépatites, ROR, coqueluche,...) _____

(merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Maladies chroniques: asthme, convulsions, diabète, autre. Précisez _____

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre. Précisez _____

L'enfant suit un régime alimentaire (sur certificat médical). Précisez : _____

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...): _____

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

ème enfant :

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.).

Régime sans porc

Photo

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Classe :

Nouvelle inscription

Renouvellement

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire (cocher la ou les cases correspondante(s) :

Tous les jours de la semaine : Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi

Certains jours de la semaine : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

Hospitalisation: Centre Hospitalier Dreux Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio **ou** Tétracoq Dates des derniers rappels : _____

BCG Dates des derniers rappels : _____

Autres (Hépatites, ROR, coqueluche,...) _____

(merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Maladies chroniques: asthme, convulsions, diabète, autre. Précisez _____

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre. Précisez _____

L'enfant suit un régime alimentaire (sur certificat médical). Précisez : _____

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...): _____

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

