



## DOSSIER D'INSCRIPTION : RESTAURANT SCOLAIRE

Année 2024-2025

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

### **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

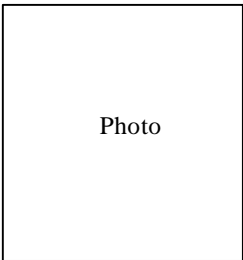
Règlement en ligne

**Attention : aucune facturation ne sera divisée pour les parents séparés**

1<sup>er</sup> 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 AIGÜ	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	39,70 €	48,50 €	57,35 €	66,15 €
Forfait 3 jours / semaine	29,85 €	36,45 €	43,05 €	49,70 €
Forfait 2 jours / semaine	19,85 €	24,25 €	28,70 €	33,10 €
Forfait 1 jour / semaine	10,00 €	12,20 €	14,40 €	16,60 €

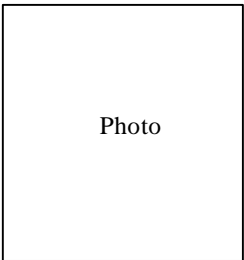
o Cantine exceptionnelle

6,30 €

2ème 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 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 :

