

**FICHE D'INSCRIPTION : RESTAURANT MUNICIPAL
ANNEE SCOLAIRE 2025 - 2026**

Merci d'envoyer **cette fiche (2 pages)**, le **carnet de vaccination** et une **attestation de quotient familial** par mail à l'adresse suivante **restaurant@fontaines-saint-martin.fr** ou de déposer votre dossier dans la boîte aux lettres du restaurant scolaire **avant le 20 juin 2025**

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

RESPONSABLE LÉGAL 1			RESPONSABLE LÉGAL 2		
Civilité	Madame	Monsieur	Civilité	Madame	Monsieur
Nom:.....			Nom :.....		
Prénom:			Prénom :		
Date de Naissance :			Date de Naissance :		
Adresse :			Adresse :		
CP, Ville:			CP, Ville :		
Tél. personnel:.....			Tél. personnel:.....		
Tél. professionnel :.....			Tél. professionnel :.....		
Adresse email :.....			Adresse email :		

1- Merci de cocher **les jours réguliers** où votre enfant mangera au Restaurant Municipal :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
RESTAURANT	<input type="checkbox"/>				

POUR LES CAS PARTICULIERS (GARDE ALTERNEE, ...) : FOURNIR UN PLANNING

2- Merci de cocher la case ci-dessous si votre enfant mangera **occasionnellement** au restaurant. Au cours de l'année, chaque demande devra être envoyée par mail au minimum 48h à l'avance.

INSCRIPTIONS OCCASIONNELLES (sauf le mercredi)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Je soussigné(e), M/Mme
-déclare avoir lu le règlement intérieur du Restaurant Municipal et en accepter les conditions.
- déclare avoir lu la charte de respect du Restaurant Municipal et en accepter les conditions.

A Fontaines Saint-Martin, le.....

Pour simplifier la procédure, l'envoi de ce document par mail fait office de signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET AUTORISATIONS
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

ENFANT CONCERNE

NOM et PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ALLERGIE(S) CONNUE(S)	VACCINS
			FOURNIR LA COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS

Rappel : pour les allergies, un P.A.I. est nécessaire (voir règlement)

Si régime spécial, le préciser :

Personnes autorisées à prendre l'enfant en charge et à prévenir en cas d'accident :

1 - Lien avec l'enfant :Tél :

2 - Lien avec l'enfant :Tél :

3 - Lien avec l'enfant :Tél :

Nom -adresse et téléphone du médecin traitant :

Aucun traitement médical ne peut être donné à un enfant par le personnel communal sauf dans le cadre d'un PAI, et aucun enfant ne peut prendre de médicament en autonomie.

En cas d'accident, les secours choisiront l'hôpital sur lequel l'enfant sera transporté.

Merci de cocher les autorisations concernant votre enfant :

- J'autorise les responsables de l'accueil à prendre toutes les dispositions nécessaires pour préserver la santé de mon enfant
- J'autorise la municipalité à prendre mon enfant en photo et à utiliser les images dans le cadre de la municipalité
- J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités (études et / ou garderie) (uniquement les élèves élémentaires)
- J'autorise la municipalité à utiliser mon adresse courriel pour transmettre toute information concernant les différents services extra-scolaires proposés par la commune.
- J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte de l'école pour des activités extraordinaires accompagnés des responsables et encadrants du périscolaire.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Pour simplifier la procédure, l'envoi de ce document par mail fait office de signature