

A.G.R.E.P. de THORIGNY - Restaurant scolaire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2018/2019

Nom, prénom(s) de(s) enfant(s) :	Date de naissance	École	Classe

➤ Nom et Prénom du Père : -----
Téléphone : ----- Professionnel : -----
Adresse : -----
Adresse Mail : -----

➤ Nom et Prénom de la Mère : -----
Téléphone : ----- Professionnel : -----
Adresse (si différente) : -----
Adresse Mail : -----

➤ Nom du médecin traitant : -----
Adresse : -----
Téléphone : -----

➤ Personne à prévenir en cas d'urgence : -----
N° de téléphone : -----
➤ Problèmes médicaux particuliers : -----
➤ Votre enfant a-t-il une **allergie**, a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non
Si oui, fournir obligatoirement le PAI et indiquer l'allergène : -----

➤ Personnes autorisées à venir chercher le ou les enfants : -----

Je soussigné(e)-----, autorise le personnel du restaurant scolaire de THORIGNY à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de l'enfant. Cette autorisation vaut dans le cas de l'impossibilité de nous joindre, moi et mon conjoint.

➤ Hospitalisation : Hôpital Clinique

Nous inscrivons notre (nos) enfant(s) au restaurant scolaire de Thorigny pour l'année 2018/2019 de manière :

REGULIERE (paiement au forfait mensuel) ou
OCCASSIONNELLE (paiement au repas)

Dans le cas d'une inscription **en occasionnelle** mais à jour(s) fixe(s), pourriez-vous nous préciser le ou les jours qui seraient prévus : lundi mardi jeudi vendredi

Fait à, le.....

Signature des parents ou tuteur légal

En signant, je m'engage à respecter le règlement intérieur et la charte de bonne conduite