

Personne à contacter en cas d'urgence (si vous n'êtes pas joignable)

NOM :

Prénom :

Téléphone :

NOM :

Prénom :

Téléphone :

INSCRIPTIONS AU RESTAURANT SCOLAIRE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s) au Restaurant Scolaire et reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire, l'avoir approuvé et m'engage à régler chaque mois les frais correspondants aux repas pris par mon (mes) enfant(s) et calculés sur la base des tarifs fixés par le Conseil Municipal.

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la Mairie de La Barre de Monts à reproduire et diffuser les photographies et vidéos représentant mon (mes) enfant(s) ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité sur les différents supports de communication municipaux :

- Réseaux Sociaux :
 - Facebook : Ville de La Barre de Monts/Fromentine
 - Instagram : labarredemonts_fromentine
- Site internet : labarredemonts-fromentine.fr
- Communisation Institutionnelle : Journal Municipal d'Informations & Bulletin Municipal
- Communication Print : affiches, flyers, dépliants, planimètres, etc.

Je n'autorise pas la Mairie de La Barre de Monts à reproduire et diffuser les photographies et vidéos représentant mon (mes) enfant(s) ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité sur les différents supports de communication municipaux (liste ci-dessus)

AUTORISATIONS

Autorisation de prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident

Autorisation à l'enfant, si plus de 11 ans, à rentrer seul

Autres personnes autorisées à récupérer votre ou vos enfants (3 maximum) :

Nom(s) & Prénom(s) :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non
Si oui, lequel ?

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? Oui Non
Si oui, joindre le justificatif

Allergie

Asthme Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non

Autres Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et précautions à prendre :

Régime spécial (sans porc, végétarien, etc.) :

Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)?

Oui Non

Recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes ou a-t-il d'autres difficultés de santé ?

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Prélèvement automatique (*fournir obligatoirement un RIB et une autorisation de prélèvement sauf si déjà mis en place*)

Chèque bancaire libellé à l'ordre du Trésor Public et à adresser au Centre des Finances Publiques indiqué sur le talon de paiement de votre facture

Fait à

Le

Signature(s) des parents ou du représentant légal