Restaurant d'enfants et accueil au CALM matin et soir

FICHE D'INSCRIPTION 2010 – 2011

(A remplir <u>obligatoirement</u> avant fréquentation, pour chaque enfant)

Enfant à inscrire :

Nom : …… **Sexe**

Prénom : …….. **F** ❑ **M** ❑

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|

Pour tout renseignement, appelez le 02.23.62.16.74

École fréquentée *(à remplir <u>obligatoirement</u>)*

……

maternelle ❑ **élémentaire** ❑

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

	PÈRE	**MÈRE**	**AUTRES PERSONNES** *autorisées*
Nom :	……	……	*1 – NOM, prénom :……..*
Prénom :	……	……	*N° de Tél. : ……../……../……../……../……../*
Adresse complète :	……	……	*2 – NOM, prénom :……..*
	……	……	*N° de Tél. : ……../……../……../……../……../*
	……	……	*3 – NOM, prénom :……..*
N° de tél. domicile :	……	……	*N° de Tél. : ……../……../……../……../……../*
N° de tél. travail :	……	……	*4 – NOM, prénom :……..*
N° de tél. portable :	……	……	*N° de Tél. : ……../……../……../……../……../*

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel est rattaché l'enfant) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Police d'assurance : Compagnie …….. N° du contrat : ……

Renseignements sanitaires obligatoires *(se référer au carnet de santé de l'enfant)*

DT POLIO (Date du dernier rappel) : ……

<u>ALLERGIES</u> : ⇨**Alimentaire (*) :** **OUI** ❑ **NON** ❑ *Précisez :* ……..

(*) **<u>IMPORTANT</u>** : *Pour nous permettre d'adapter le repas de votre enfant à son allergie, vous <u>devez prendre contact</u> avec* ***Mme EDET Tél.02.23.62.15.57.*** *Service de Restauration de la Ville de Rennes. <u>Un certificat médical émanant d'un médecin allergologue devra être fourni</u>.*

⇨ **Médicamenteuse ou autres : OUI** ❑ **NON** ❑ *Précisez :* ……..

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical :

(Diabète, hémophilie, asthme, handicap etc…) OUI ❑ NON ❑ *Précisez :* ……..

Autorisations diverses

1 - <u>Accueil du soir - Enfants de MATERNELLE</u> : *L'enfant n'est pas autorisé à quitter seul l'accueil du soir. Autres personnes que celles désignées ci-dessus, autorisées à venir chercher l'enfant.*

NOM, prénom :…….. *NOM, prénom :……..*

N° de Tél. : ……../……../……../……../……../ *N° de Tél. : ……../……../……../……../……../*

NOM, prénom :…….. *NOM, prénom :……..*

N° de Tél. : ……../……../……../……../……../ *N° de Tél. : ……../……../……../……../……../*

2 - <u>Accueil du soir - Enfants d'ÉLÉMENTAIRE</u> : *Mon enfant fréquentera le CALM après l'étude.* **OUI** ❑ **NON** ❑

Si oui, j'autorise mon enfant à quitter seul le CALM à ……..h ……..mn.

<u>Attention</u> : Le CALM fermant à 18 h 45, <u>l'enfant d'élémentaire encore présent devra quitter le centre et rentrer seul à son domicile</u>.

3 - <u>Droit à l'image</u> : *J'autorise la Ville de Rennes à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités périscolaires.* **OUI** ❑ **NON** ❑

Je, soussigné (Nom et Prénom) ……. responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à le transporter dans un véhicule.

Date : …….. **Signature obligatoire**: