



INSCRIPTION 2020-2021

Cantine et Garderie de BERRIC

A retourner en mairie avant le 15 août 2020

RESPONSABLE LEGAL

NOM – Prénom des parents :

Adresse de facturation :

Adresse email :

Père Mère portable _____ travail _____ domicile _____

Père Mère portable _____ travail _____ domicile _____

Numéro de sécurité sociale :

Quotient familial :

A renseigner impérativement pour bénéficier du tarif au QF à la garderie.
Si non renseigné, le tarif facturé sera celui le plus élevé.

ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole	Classe	Allergie à un aliment ou un médicament *

ALLERGIE : Joindre un certificat médical et/ou le protocole d'accueil individualisé

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

1- Je déclare inscrire mon (mes) enfant(s) à la restaurant scolaire : * à cocher

Cantine	tous les jours*	aux jours ci-dessous*	occasionnellement*
A compter du __ / __ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>

2- Je déclare inscrire mon (mes) enfant(s) à la garderie périscolaire : ** à cocher

Garderie	tous les jours**	aux jours ci-dessous**	occasionnellement**
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS PARENTALES

En cas d'absence des représentants légaux :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant à la garderie ou à prévenir en cas d'urgence

NOM, Prénom	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

Je soussigné(e),

responsable de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise, à ce titre, la Mairie à se conformer aux décisions du médecin concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.

Nom du médecin traitant : **Tél.** :

Je déclare enfin avoir pris connaissance et accepté les règlements intérieurs du restaurant municipal et de la garderie périscolaire, approuvés et actualisés en conseil municipal.

Fait à :

Lu et approuvé :

Le __ / __ / ____

Signature des parents :