

**RENSEIGNEMENTS ENFANTS**

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe (SEPTEMBRE 2020)

**RENSEIGNEMENTS PARENTS ou REPRESENTANTS LEGAUX**

N°Allocataire CAF et Coefficient (joindre justificatif) .....

Père    Mère    Responsable légal                     
  Père    Mère    Responsable

légal    Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse domicile

Adresse domicile

Personnel



Personnel



Professionnel



Professionnel



Profession :

Profession :



Personne(s) à prévenir, autre que le père ou la mère, en cas d'urgence Nom(s)

Prénom(s)



## **AUTORISATIONS**

### **- Droit à l'image**

J'autorise

Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités

## **RENSEIGNEMENTS MEDICIAUX**

### **-Allergies :**

### **-PAI :**

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant

### **-Autorisation d'intervention chirurgicale**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise l'hospitalisation et une intervention chirurgicale en urgence si nécessaire pour mon(es) enfant(s) en cas d'accident ou de problème grave de santé

## **ASSURANCE ET RESPONSABILITE**

- Je déclare sur l'honneur que mon enfant est bien assuré (responsabilité civile) pour toute activité péri- scolaire.

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire, en avoir informé mes enfants et m'engage au respect des différents articles

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ , signature