



Mairie de Villeblevin

1, place Albert Camus
89340 Villeblevin

Téléphone : 03.86.96.68.00

Télécopie : 03.86.96.68.01

E-Mail : mairie.villeblevin@wanadoo.fr

Dossier d'inscription

Restaurant scolaire

Fiche de renseignements Année scolaire 2018/2019

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

Code Postal Ville :

REPRESENTANTS LEGAUX

Responsable 1 Père Mère Autre

Nom : Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

☎ Fixe : ☎ Portable : ☎ Travail :

Employeur (Nom – Adresse) :

Responsable 2 Père Mère Autre

Nom : Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

☎ Fixe : ☎ Portable : ☎ Travail :

Employeur (Nom – Adresse) :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Régime : CAF MSA Autre :

N° allocataire :

Assurance :

Compagnie : N° de police :

Facturation : Père Mère Autre :

INSCRIPTION

annuelle

garde alternée : *semaines paires / impaires* (barrer la mention inutile)

Régulière: sur planning au mois

ou tous les lundi mardi jeudi vendredi (cocher les jours concernés)

occasionnelle

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

Régime : sans porc allergie : autres :



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et téléphone du médecin traitant :

ALLERGIES :

Médicamenteuses oui non Asthme oui non
 Alimentaires oui non Autres oui non

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

Autres problèmes de santé particuliers :

Recommandations utiles (port de lunettes, prothèses auditives, etc....) :

URGENCES

Personnes à contacter en cas de besoin et/ou autoriser à venir chercher l'enfant :

| Nom et Prénom | Lien avec l'enfant | N° de téléphone |
|---------------|--------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : Responsable légal de l'enfant,

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise la commune à prendre des mesures nécessaires en cas d'accident

Fait àle.....

Signature(s)