



FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION 2024-2025 ECOLE Louis SAINT JEAN BLASIMON

1^{er} ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : __/__/__ Lieu de naissance :

Inscription en classe de :

Allergies connues :

PAI obligatoire en cas d'allergie alimentaire

2^{ème} ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : __/__/__ Lieu de naissance :

Inscription en classe de :

Allergies connues :

PAI obligatoire en cas d'allergie alimentaire

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal : Père – Mère – Tuteur

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/__ Lieu de naissance :

Adresse :

Facturer à cette adresse : Oui Non (voir autre responsable légal)

Prélèvement automatique (formulaire joint) : Oui Non

Téléphone domicile : Portable :

Courriel : Téléphone professionnel :

Employeur –Nom et adresse :

Situation familiale : Autorité parentale : Oui Non

N° allocataire CAF / MSA :

Autre responsable légal : Père – Mère – Tuteur

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/__ Lieu de naissance :

Adresse :

Facturer à cette adresse : Oui Non (voir autre responsable légal)

Prélèvement automatique (formulaire joint) : Oui Non

Téléphone domicile : Portable :

Courriel : Téléphone professionnel :

Employeur –Nom et adresse :

Situation familiale : Autorité parentale : Oui Non

N° allocataire CAF / MSA :

En cas de garde exclusive confiée à l'un des deux parents, fournir une photocopie de la décision de Justice ; seule pièce ayant force de loi.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A quel régime cotise chaque parent ?

	N° Mère	N° Père
Régime Général
M.S.A
Régime Spécial : préciser lequel :

Joindre l'Attestation d'Assuré Social mentionnant l'enfant – (Obligatoire)

Assurance extrascolaire couvrant l'enfant : oui non

Responsabilité Civile : oui non

Individuelle Accident : oui non

Assureur et N° de Police :

(Joindre l'Attestation - Obligatoire)

URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence :

Père Mère Tuteur Autre.....

Si autre : Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Médecin Traitant : Téléphone médecin :

Commune :

Prendre contact avec la directrice si un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) doit être mis en place concernant la santé de l'enfant.

J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Date et signature,

Responsable 1

Date et signature,

Responsable 2

Important : n'oubliez pas de signaler au secrétariat du SIRP tout changement de vos coordonnées en cours d'année.