



DOSSIER D'INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE 2026 - 2027

1 – INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom et prénom :	Date de naissance :
	Lieu de naissance :
Classe :	Niveau :

2 – REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT (UN SEUL CHOIX)

- Normal sans porc sans viande

3 – ALLERGIES ET/OU INTOLERANCES ALIMENTAIRES - ASTHME

L'enfant présente-t-il à ce jour une allergie alimentaire et/ou de l'asthme ?

Non

Oui Précisez :

→ Il convient de contacter la Directrice de l'école au **01 60 01 10 08** afin de mettre en place un protocole d'accueil individualisé. (PAI).

Je joins une copie de la demande de mise en place ou du renouvellement du PAI délivré par la Directrice l'école.

4 – FREQUENTATION

Merci d'indiquer les jours de présence prévue :

- lundi mardi jeudi vendredi planning variable

5 – RESPONSABLES LEGAUX – TUTEURS

*rayer la mention inutile

Nom et Prénom Responsable 1 – tuteur 1 *	
Rue :	
Code postal :	Commune :
Téléphone mobile :	Téléphone fixe :
Adresse mail :	
Profession :	
Employeur :	Téléphone professionnel :

Nom et Prénom Responsable 2 – tuteur 2 *	
Rue :	
Code postal :	Commune :
Téléphone mobile :	Téléphone fixe :
Adresse mail :	
Profession :	
Employeur :	Téléphone professionnel :

Responsable de facturation : Responsable1 / tuteur1 Responsable2 / tuteur2

6 – PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT – A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

En dehors des responsables légaux – personnes âgées de + de 18 ans

Première personne autorisée à venir chercher mon enfant

NOM et prénom

Lien avec la famille

Adresse complète

Téléphone

A contacter en cas d'urgence Oui Non

Deuxième personne autorisée à venir chercher mon enfant

NOM et prénom

Lien avec la famille

Adresse complète

Téléphone

A contacter en cas d'urgence Oui Non

Troisième personne autorisée à venir chercher mon enfant

NOM et prénom

Lien avec la famille

Adresse complète

Téléphone

A contacter en cas d'urgence Oui Non

7 – AUTORISATION EN CAS D'URGENCE MEDICALE

En cas d'accident ou de problème de santé survenant pendant le temps de restauration scolaire, les responsables légaux/tuteurs, AUTORISENT, le personnel de la cantine, sous couvert de M. Alain FORESTIER, Maire, à prendre toutes les mesures nécessaires, notamment à faire appel aux services d'urgence et diriger mon enfant-----
----- vers l'établissement de soin le plus proche.

Lu et approuvé

Signature

8 – AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités organisées pendant la pause méridienne, les responsables légaux autorisent ou non :

- La prise de photos de l'enfant Oui Non
- La diffusion de l'image de l'enfant dans les publications municipales Oui Non
- La diffusion de l'image sur le site internet de la commune Oui Non

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours. Elle peut être retirée à tout moment par écrit par les responsables légaux.

8 – REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le règlement de fonctionnement est mis à disposition des familles dans l'espace « documents » de l'application 3Douest. Il leur appartient d'en prendre connaissance. L'acceptation de ce règlement est requise et conditionne l'accès au service.

Lu et approuvé

9 – PROTECTION DES DONNES PERSONNELLES – RGPD (REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES)

Les informations recueillies dans le présent dossier sont nécessaires à la gestion administrative, à l'inscription et à la facturation des repas. Elles sont utilisées exclusivement par les services de la commune de MAY-EN-MULTIEN et ne font l'objet d'aucune transmission à des tiers non autorisés.

Les responsables légaux disposent d'un droit de rectification et de suppression des données les concernant, qu'ils peuvent exercer auprès de la mairie.

10 – PIECES A FOURNIR

- Le présent document,
- La fiche sanitaire,
- La copie du carnet de vaccination à jour,
- Une attestation d'assurance responsabilité civile valide pour l'année scolaire 2026-2027,
- Le cas échéant, la copie du formulaire de mise en place ou de renouvellement d'un PAI (Protocole d'Accueil individualisé).

Date : Signatures :

Nom - Prénom du représentant 1

Nom - Prénom du représentant 2

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
 DOCUMENT CONFIDENTIEL
 Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

