



## RESTAURANT SCOLAIRE D'OYE-PLAGE

### FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE 2011/2012

#### A RETOURNER AU RESTAURANT SCOLAIRE LORS DE LA 1ERE INSCRIPTION

#### 1.ENFANT CONCERNE :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  F  M\*

Date de naissance : / / Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

#### 2.ECOLE FREQUENTEE :

Les NATICES  Les PETITS MOULINS  L'ETOILE  Les OYATS  Les SABLES\*

Classe : ..... Enseignant : .....

#### 3.RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Mère – Père – Tuteur\*

Situation familiale\* : Marié(e) – Vivant maritalement – Divorcé(e) – Séparé(e) – Célibataire – Veuf(ve)

#### **Mère :**

Autorité parentale :  OUI  NON\*

Nom de jeune fille : ..... Nom marital : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

#### **Père :**

Autorité parentale :  OUI  NON\*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

#### **Tuteur (le cas échéant) :**

Autorité parentale :  OUI  NON\*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

#### **4.PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE :**

##### **PERSONNE 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

##### **PERSONNE 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

#### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : .....

Caisse de : .....

L'enfant présente -t-il des allergies ?  OUI  NON\*

Si oui, précisez :

- Asthme  OUI  NON\*
- Alimentaires  OUI  NON\*
- Médicamenteuses  OUI  NON\*
- Autres : .....

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

.....  
.....  
.....

#### **AUTRES RENSEIGNEMENTS :**

Organisme payeur des Allocations Familiales : .....

Numéro d'allocataire : .....

#### **DROIT A L'IMAGE**

Je, soussigné(e) ..... (Prénom et Nom), responsable légal de l'enfant concerné par cette présente fiche,

autorise \*       n'autorise pas \*

la prise de photographies de l'enfant ayant pour objectif la présentation du service de Restauration Scolaire et de ses animations par le biais du site internet de la ville d'OYE-PLAGE ou la gazette communale.

**SIGNATURE DU PERE**

Date :

**SIGNATURE DE LA MERE**

Date :

**SIGNATURE DU TUTEUR (le cas échéant)**

Date :