



## FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION 2024-2025 ECOLE Louis DELOM SORBÉ RUCH

### 1<sup>er</sup> ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_ Lieu de naissance :

Inscription en classe de :

Allergies connues :

PAI obligatoire en cas d'allergie alimentaire

### 2<sup>ème</sup> 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 ?

|                                       | <u>N°</u> <u>Mère</u> | <u>N° Père</u> |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------|
| Régime Général .....                  | .....                 | .....          |
| M.S.A .....                           | .....                 | .....          |
| Régime Spécial :<br>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.**