

SIRP Blasimon Mauriac Ruch  
14 rue Théo Turrier  
33350 RUCH  
05 57 40 54 36  
sirp.blasimon.mauriac.ruch@orange.fr

## FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION - ECOLE Louis DELOM-SORBÉ.

### 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 ?

	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.**