



# INSCRIPTION 2020-2021

## Cantine et Garderie de BERRIC

A retourner en mairie avant le 15 août 2020

### RESPONSABLE LEGAL

NOM – Prénom des parents : .....

Adresse de facturation : .....

Adresse email : .....

Père  Mère  portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ domicile \_\_\_\_\_

Père  Mère  portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ domicile \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : .....

**Quotient familial** : .....

**A renseigner impérativement pour bénéficier du tarif au QF à la garderie.**  
**Si non renseigné, le tarif facturé sera celui le plus élevé.**

### ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole	Classe	Allergie à un aliment ou un médicament *

*ALLERGIE : Joindre un certificat médical et/ou le protocole d'accueil individualisé*

### DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

1- Je déclare inscrire mon (mes) enfant(s) à la restaurant scolaire : \* à cocher

Cantine	tous les jours*	aux jours ci-dessous*	occasionnellement*
A compter du __ / __ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>

2- Je déclare inscrire mon (mes) enfant(s) à la garderie périscolaire : \*\* à cocher

Garderie	tous les jours**	aux jours ci-dessous**	occasionnellement**
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>

### AUTORISATIONS PARENTALES

**En cas d'absence des représentants légaux :**

Personnes autorisées à récupérer l'enfant à la garderie ou à prévenir en cas d'urgence

NOM, Prénom	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

Je soussigné(e) .....,

responsable de l'enfant .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise, à ce titre, la Mairie à se conformer aux décisions du médecin concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.

**Nom du médecin traitant** : ..... **Tél.** : .....

**Je déclare enfin avoir pris connaissance et accepté les règlements intérieurs du restaurant municipal et de la garderie périscolaire, approuvés et actualisés en conseil municipal.**

Fait à : .....

Lu et approuvé :

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature des parents :