

2/ MON ENFANT (1 fiche par enfant)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe à la rentrée prochaine :

INSCRIPTION				
Jours de repas à fournir impérativement le 25 du mois pour le mois suivant.				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
RESTAURANT SCOLAIRE A L'ANNEE				
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANNING OCCASIONNEL RESTAURANT SCOLAIRE				
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
ACCUEIL PERISCOLAIRE				
<input type="checkbox"/> oui le matin à partir de 7h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> oui le soir jusqu'à 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



L'enfant mangera-t-il au restaurant le jour de la rentrée oui non

Jour de carence, voir les explications sur le règlement.

Informations sanitaires :

Votre enfant dispose-t-il d'une reconnaissance de la Maison de l'Autonomie : oui non

Si oui :

- Votre enfant est-il accompagné par une AESH : oui non
- Percevez-vous l'AEH : oui non
- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (allergie, asthme ou autre) ? oui non
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? oui non

AUTORISATIONS		
	OUI	NON
J'autorise mon enfant à être pris en photo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise la mairie à utiliser les documents ou photographies pris au cours des temps périscolaires pour la communication de la Commune de Montbizot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait àle

Signature du représentant légal