

ENFANT

☐

Fille

☐

Garçon

INSCRIPTION SCOLAIRE

Nom :

Ecole :

Prénom :

Niveau/Classe :

Date de naissance :

L'ENFANT VIT AU DOMICILE DE :

☐

Parents

☐

Parent 1

☐

Parent 2

☐

Autre

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Tél.mobile :

Tél. travail :

Adresse :

Complément :

Code postal :

Ville :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Tél.mobile :

Tél. travail :

Adresse :

Complément :

Code postal :

Ville :

FAMILLE D'ACCUEIL

Nom :

Tél.domicile :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Code postal :

Tél. mobile :

Ville :

Adresse E-mail pour l'obtention des identifiants nécessaires pour l'accès au Portail Famille :

Le service restauration scolaire traite les données recueillies pour l'exécution de sa mission d'intérêt public conformément aux dispositions de l'article 6-1 du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, et pour exercer vos droits, reportez vous au règlement du portail famille disponible directement sur votre espace personnel ou sur le site de la CCBDC à l'adresse : <https://www.ccbdc.fr/portail-famille/> ».

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : ☐ Garçon
☐ Fille

RESPONSABLE LEGAL :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Personnes autres à contacter en cas d'urgence :

Nom -Prénom	Lien avec l'enfant	N° Mobile	N° Domicile

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser :

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme ☐
Alimentaires ☐
Médicamenteuses ☐
Autres ☐

Si oui, merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

.....
.....

Informations et recommandations importantes :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (énurésie, maladie, crises convulsives, opérations, ainsi que les précautions à prendre :

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Merci de préciser si votre enfant est restreint à un régime alimentaire particulier sur prescription médicale (PAI) :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Docteur :

N°Téléphone :

Signature du responsable légal :