

Ville d'Écrouves Service Enfance Jeunesse 2024/2025

Restauration scolaire - Accueil Périscolaire

↳ ENFANT Nom - prénom	Date et lieu de naissance	Niveau Classe	Allergie (1)		Inscription à compter du
			oui	non	
Groupes scolaires :		MATHY	CENTRE	JUSTICE	

Année scolaire 2024/2025

FAMILLE	Responsable légal n°1	Responsable légal n°2
Nom - Prénom		
Né(e) le		
Adresse		
Code postal / Ville		
Téléphone personnel		
Téléphone professionnel		
Adresse mail (Obligatoire)		
Δ CONTACT D'URGENCE en plus des responsables légaux		
Nom – Prénom		
Téléphone – Lien de parenté avec l'enfant		

N'oubliez pas de nous tenir informés de toute modification survenue durant l'année scolaire

Spécificité des menus : sans porc sans viande

LISTE des PERSONNES MAJEURES autorisées à venir chercher l'enfant	Nom — Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	N° téléphone
Une pièce d'identité sera à présenter			

Δ. (1) ALLERGIES ALIMENTAIRES : Pas d'évictions alimentaires sans preuve médicale objective et rigoureuse : Vous devez donc faire établir un diagnostic chez un spécialiste et impérativement nous fournir :
un certificat médical non manuscrit détaillant la particularité, les symptômes, la procédure d'urgence, si nécessaire une ordonnance et les médicaments prescrits.
Vous devez contacter la direction du service et la direction de l'école fréquentée.
Un projet d'accueil individuel sera alors établi.

DÉCHARGE

Je soussigné (e) _____ père, mère ou responsable légal de l'enfant _____

AUTORISE / N'AUTORISE PAS le Personnel Municipal de la Ville d'Ecrouves, responsable de mon enfant à faire pratiquer sur lui (elle) les interventions chirurgicales d'urgence, suivant prescriptions médicales.

AUTORISE / N'AUTORISE PAS le Personnel Municipal de la Ville d'Ecrouves, responsable de mon enfant, à le(la) transporter ou le (la) faire transporter dans une voiture particulière en cas de nécessité (pluie, neige, malade ,etc...)

AUTORISATION photo

Je soussigné (e) _____ père, mère ou responsable légal de l'enfant _____

AUTORISE / N'AUTORISE PAS le Personnel Municipal de la Ville d'Ecrouves, responsable de mon enfant à faire pratiquer sur lui (elle) les interventions chirurgicales d'urgence, suivant prescriptions médicales.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur

Fait à Écrouves, le

Signature