NEUVY-LE-ROI

# RESTAURATION SCOLAIRE
# INSCRIPTION 2026-2027




**A RETOURNER POUR LE 12/06/2026 AU PLUS TARD**

## ENFANT

**Nom:** ..... **Prénom:** .....

Date de Naissance: .....

Lieu de naissance : .....

*Photo (optionnel)*

## ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

| | |
|---|---|
| Assureur : ..... | Attestation fournie à l'école : |
| Numéro de contrat : ..... | ☐ Oui ☐ Non |

## RESPONSABLE LEGAL

| Responsable 1 | Responsable 2: |
|---|---|
| Nom : ..... | Nom : ..... |
| Prénom: ..... | Prénom: ..... |
| Lien : ☐Père ☐ Mère ☐Autre (précisez) | Lien : ☐Père ☐ Mère ☐Autre (précisez) |
| Adresse : ..... | Adresse : ..... |
| Email : ..... | Email : ..... |
| Portable : | Portable : |

Situation familiale : ☐Célibataire ☐Marié ☐Séparé ☐Divorcé ☐Union libre

## FACTURATION

**Coordonnées de facturation, si différente des responsables légaux :**

**Nom :** ..... **Prénom:** .....

Lien : ☐Père ☐ Mère ☐Autre (précisez) .....

Adresse : .....

Email : .....

Portable : .....

## PERSONNES A CONTACTER

| Contact 1: | Contact 2: |
|---|---|
| ☐Responsable légal 1 ☐Responsable légal 2 | ☐Responsable légal 1 ☐Responsable légal 2 |
| **Contact 3:** | **Contact 4:** |
| Nom : ..... | Nom : ..... |
| Prénom : ..... | Prénom : ..... |
| Lien : ..... | Lien : ..... |
| Téléphone : ..... | Téléphone : ..... |
| Appel en cas d'urgence: OUI / NON | Appel en cas d'urgence: OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES | |
|---|---|
| **Autorisations** | |
| **Prise de photo :** Nous autorisons, sans limitation de durée, à titre gratuit, uniquement dans le cadre de reportages, d'articles, supports portant sur les animations réalisée dans le cadre de la pause méridienne. | OUI / NON |
| **Hospitalisation :** Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. | OUI / NON |
| **Appareillages** | |
| Lunettes : Votre enfant porte t-il des lunettes? | OUI / NON |
| Appareil dentaire : votre enfant a-t-il un appareil dentaire? | OUI / NON |
| Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif? | OUI / NON |
| **Handicap** | |
| **Handicapé** : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départemntale des personnes handicapées? | OUI / NON |

| INFORMATIONS MEDICALES | | |
|---|---|---|
| **Médecin** | **Téléphone** | **Spécialité** |
| | | |

| **Allergies** | | **Pratiques alimentaires** |
|---|---|---|
| Votre enfant a-t-il un PAI? | OUI / NON | ☐ Sans porc ☐ Végétarien |
| *(si oui, merci d'en fournir une copie)* | | ☐ Autre (précisez): ..... |
| Autres allergies : ..... | | |

| INSCRIPTIONS DIVERSES | |
|---|---|
| ❖**Inscritpion le jour de la rentrée :** | OUI / NON |
| ❖**Inscritpion permanente** (votre enfant mangera les 4 jours à la cantine): | OUI / NON |
| ❖**Inscritpion occasionnelle régulière** (votre enfant sera inscrit un ou plusieurs jours fixes) :<br>☞ Quels jours? ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi | OUI / NON |
| ❖**Inscritpion occasionnelle :** communiquer les inscritpions à minima 48h avant à l'adresse mail accueil@neuvy-le-roi.fr | |
| **Votre enfant est-il inscrit à l'accueil périscolaire?** | OUI / NON |

**INFORMATIONS IMPORTANTES :**

✓ **Ce formulaire est à rendre accompagné du règlement signé. Sans acceptation du règlement, l'inscritpion ne sera pas prise en compte**

✓ **A la rentrée scolaire, un "permis bonne conduite" sera remis à votre enfant. Il servira de liaison entre l'enfant, ses parents et le personnel de restauration.**

✓ **En cas de 1ère inscritpion, merci de bien vouloir fournir la copie du livret de famille**

✓ **Pour les PS, MS, GS, pensez à fournir une serviette marquée de son prénom**

✓ **Même si votre enfant ne mange pas à la cantine, merci de bien vouloir remplir cette fiche en "inscription occasionnelle". Cela nous permettra de pouvoir accueillir votre enfant en cas d'impératifs.**

**Je, soussigné(s), responsable(s) sus-nommé(s), déclare exacts les renseignements portés sur ce formulaire et autorise le responsable de la pause méridienne à prendre, le cas échéant, toute mesure prescrite par le médecin.**

**Je, soussigné(s), responsable(s) sus-nommé(s), certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis et l'accepte sans réserve.**

| **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** |
|---|---|
| Fait à ..... , le ..... | Fait à ..... , le ..... |
| *Signature :* | *Signature :* |

*Cadre réservé à l'administration : ☐ Enregistré ☐ Règlement signé*