

# MATERNELLE

## L'ENFANT

Nom - Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Sexe : .....

Classe à la rentrée de septembre 2018: .....

## PARENTS

Merci d'écrire très lisiblement

Parents	Mère	Père
Nom-Prénom		
Situation familiale (cocher la case correspondante)	Mariés, pacsés ou vie commune <input type="checkbox"/> Séparé ou divorcé <input type="checkbox"/>	En cas de séparation ou divorce joindre copie du jugement (s'il y a)
Adresse		
Téléphone	Fixe :	Fixe :
	Portable :	Portable :
	au travail :	au travail :
Email		
Profession		
Employeur		

## AUTORISATIONS

En cas d'accident ou de maladie grave, **autorisez-vous** le personnel de la Mairie de CHÂTEAUNEUF-DU-RHÔNE à prendre pour vous, les mesures d'urgence qu'il estimera nécessaire ?

(Appel de votre médecin traitant ou de tout autre médecin disponible, transfert en établissement hospitalier)

Oui

Non

	NOM et adresse	Téléphone
Médecin traitant		
Si père et mère injoignables autres personnes à contacter en cas d'urgence	Nom et lien de parenté	Téléphone

## ALLERGIES

Pour qu'une allergie soit prise en compte vous devez fournir impérativement le **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** établi avec l'allergologue de votre enfant

Le PAI sera validé au cours d'une réunion entre la directrice de l'école, le médecin scolaire, le représentant de la Mairie, le prestataire en charge de la restauration scolaire et les parents.

## INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

**Régulier** : (tarif : 3,50€) votre enfant mange 1,2,3 ou 4 jours par semaine à la cantine toujours les mêmes jours, chaque semaine, tout au long de l'année.

**Régulier** (Cocher ci-dessous les jours de présence)

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

A Chateauneuf-du-Rhône

Le :

Signatures des parents

LE PÈRE

LA MÈRE