



Année scolaire 2018 - 2019

Do.MED :

P.A.I. :

TROUSSE :

Service Enfance - Affaires scolaires
Ligne directe 04.94.72.87.06

Inscription

Courriel : familles@gareoult.fr

RESTAURANT SCOLAIRE

B

Il est impératif d'avoir complété les fiches A et AE et fourni les documents listés.

L'ENFANT

Fille Garçon **Nom** : _____ **Prénom** : _____

A remplir par le Service : Enseignant _____ Niveau _____

• J'inscris mon enfant :

De manière permanente et je choisis les jours :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

De manière occasionnelle (réservé à un emploi en horaires décalés)

Type de repas Standard Substitution (sans porc)

Noms des personnes MAJEURES n'ayant pas l'autorité parentale:

<i>A prévenir en cas de maladie ou accident</i>		<i>Autorisés à récupérer l'enfant (avec pièce d'identité)</i>	
Nom - Prénom	Téléphone(s)	Nom - Prénom	Téléphone(s)

Tarifs de la restauration scolaire

- Enfants domiciliés sur la Commune de Garéoult : Tarif forfaitaire selon délibération du conseil municipal (cf. site internet de la Ville - Rubrique Enfance).
- Enfants domiciliés hors commune : Le prix correspond au prix de revient du repas. Si la commune de résidence n'accepte pas de prendre en charge la différence entre le prix de revient et la participation communale (cf. site internet de la Ville - Rubrique Enfance).

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)*

Un protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoirement mis en place pour un enfant atteint de pathologie chronique (asthme par exemple), d'allergie ou d'intolérance alimentaire.

Lors de l'inscription, les parents sont dans l'obligation d'informer des allergies et des différents problèmes de santé dont souffrent leurs enfants. Ils engagent leur responsabilité lorsqu'ils ne les signalent pas.

L'enfant souffre-t-il d'Allergie :

Alimentaire	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Médicamenteuse	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Asthme	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Autres	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

Avez-vous déjà signé un PAI : OUI NON

Autre difficulté permanente de santé : OUI NON

Si OUI, précisez _____

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS OUI NON

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des appareils dentaires, etc... si OUI, précisez : _____

Garéoult, le _____

Signature du Responsable légal,