



MAIRIE DE GOUESNAC'H

INSCRIPTION ANNUELLE CANTINE ET INFORMATION ACCUEIL PÉRISCOLAIRE GROUPE SCOLAIRE DE L'ODET

Année scolaire 2021 / 2022

Afin de définir au mieux les besoins en matière de personnel et de locaux et pour assurer le bon fonctionnement des services de cantine, veuillez compléter cette fiche d'inscription (une fiche par enfant) et la déposer **au plus tôt en mairie**.

NOM et Prénom de l'enfant

Date de naissance

Classe

NOM et Prénom du parent ou du responsable

Adresse

Tél. (portable / domicile)

Email

Mon enfant sera présent à la cantine (*)

☐ occasionnellement

lundi ☐
mardi ☐
jeudi ☐
vendredi ☐

☐ **présence permanente** (c'est à dire **les 4 jours de la semaine** : dans ce cas, vous n'aurez pas à compléter la fiche mensuelle durant l'année scolaire)

Mon enfant sera présent à l'accueil périscolaire (*) - inscription auprès d'EPAL-

☐ occasionnellement

	matin	soir
lundi	☐	☐
mardi	☐	☐
jeudi	☐	☐
vendredi	☐	☐



☐ **en permanence** (c'est à dire **les 4 matins ou/et les 4 soirs de la semaine** : dans ce cas, vous n'aurez pas à compléter l'inscription mensuelle durant l'année scolaire)

☐ **matin** ou/et ☐ **soir**

• Inscription à l'aide aux devoirs

☐ **OUI**

☐ **NON**

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise les responsables du service de cantine à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des repas et activités (*):

☐ **OUI**

☐ **NON**

Date

Signature du parent ou du responsable

(*) Cocher les cases correspondantes



MAIRIE DE GOUESNAC'H

FICHE SANITAIRE D'URGENCE

RESTAURANT SCOLAIRE - INTERCLASSE

- À retourner en mairie -

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

École : Groupe scolaire de l'Odét

PARENTS / REPRÉSENTANTS LÉGAUX

NOM – Prénom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° de téléphone domicile :

N° de téléphone portable de la mère :

N° de téléphone professionnel de la mère :

N° de téléphone portable du père :

N° de téléphone professionnel du père :

Autre (précisez le lien avec l'enfant) :

Allergies connues (fournir un certificat médical) :

Renseignements particuliers :

NOM et adresse du médecin traitant:

N° de téléphone du médecin traitant:

AUTORISATION DE SOINS URGENTS

En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers le centre hospitalier le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par le personnel présent.

Je soussigné(e)

(père, mère, tuteur)

autorise tous soins de première nécessité ou toute intervention médicale et chirurgicale d'urgence en faveur de mon enfant.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir le plus rapidement possible la mairie de Gouesnac'h (tél. : 02.98.51.74.75) de tout changement de situation de famille ou d'adresse, en cours d'année scolaire.

Date :

Signature(s) :