

ENFANTS DE LA FAMILLE SCOLARISÉS A DOLOMIEU

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	SEXE	NIVEAU	ÉCOLE FRÉQUENTÉE

RESPONSABLE (S) LÉGAL (AUX)

PARENT 1 Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur :	PARENT 2 Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone professionnel:	Téléphone professionnel:
Mail :	Mail :
L'enfant vit-il avec le parent 1 <input type="checkbox"/> et / ou le parents 2 <input type="checkbox"/> ?	

En cas de séparation, quel est le mode de garde ? Parent 1 Parent 2 Garde alternée

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Personnes majeures habilitées par le responsable légal à prendre en charge l'(les) enfant(s) et/ou à prévenir en cas d'urgence.

NOM – PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	CONTACT EN CAS D'URGENCE	PEUT VENIR CHERCHER

Pour autoriser la prise en charge par un mineur, merci de fournir un courrier indiquant son lien avec l'enfant et sa date de naissance.

SANTÉ

Il est de la responsabilité des parents de signaler au service tout problème médical touchant leur enfant.

ALLERGIES :

NOM Prénom enfant	Alimentaire	Médicamenteuse	Asthme, Autres
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Précisez :

.....

.....

.....

Un de vos enfants fait-il l'objet
d'un PAI à l'école ?

OUI NON

Si oui lequel :

*Pour un enfant souffrant d'allergie(s), veuillez prendre contact avec le service,
afin qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) soit éventuellement envisagé.*

*Sans cela, **aucun enfant allergique ne pourra être accepté.***

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Prénom enfant	Port de lunette	Prothèse dentaire/auditive	Autres	Accompagnement d'un(e) AVS ou AESH
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

→ Autre(s) recommandations utiles :

.....

.....

.....

NOM – PRÉNOM – N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

FACTURATION

Facture adressée au nom du parent 1 ou du parent 2

Souhaitez-vous la mise en place du prélèvement automatique ? oui non

Si oui, nous prendrons contact avec vous pour les documents à nous fournir.

CAF : N° allocataire : Quotient familial :

*Joindre **impérativement** la dernière notification CAF.. Sans cela, le **tarif maximum** du repas sera appliqué.*