

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

à la restauration scolaire des maternelles

L'ENFANT

Attention un dossier par enfant (et non par famille)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM Nom école
Prénom Classe
Sexe Instituteur
Date de naissance Nom assurance :
N° de contrat :

Joindre obligatoirement l'attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile ainsi que la fiche sanitaire dûment remplie.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

PAI (Protocole d'Accueil Individuel) : PAI alimentaire PAI autre
Joindre obligatoirement le PAI signé
Informations utiles : port de lunettes appareil auditif Autre (précisez)

RESTAURATION SCOLAIRE ET TEMPS MERIDIEN

Vous devez impérativement mentionner le régime spécial de votre enfant à Sodexo au moment de l'inscription sur la plateforme en ligne

Jours de réservation souhaités : lundi mardi jeudi vendredi
Régime spécial : sans porc sans viande PAI aucun

LES RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL N°1

Père Mère Autre
 NOM :
 Prénom :
 Tél. :
 Adresse :
 Code postal :
 Commune :
 Mail @
 Employeur
 Tél professionnel

RESPONSABLE LEGAL N°2

Père Mère Autre
 NOM :
 Prénom :
 Tél. :
 Adresse :
 Code postal :
 Commune :
 Mail @
 Employeur
 Tél professionnel

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (NOM/Prénom) responsable légal(e) de l'enfant (NOM/Prénom)

- Autorise** le personnel en charge de mon enfant à prendre toutes les mesures nécessaires à l'hospitalisation ou intervention chirurgicale, à faire donner tous les soins que nécessiterait l'état de mon enfant en cas d'accident sur sa personne. Si je refuse, je coche cette case
- Autorise** mon enfant à être pris en photo et/ou filmé. J'accepte que son image puisse être diffusée sur les supports papiers et numériques de la mairie de Lagnieu. Si je refuse, je coche cette case
- Autorise** les personnes nommées ci-dessous à venir chercher l'enfant ou à être prévenu en cas d'urgence après l'appel aux parents.
 1. NOM/Prénom Tél
Lien avec l'enfant
 2. NOM/Prénom Tél
Lien avec l'enfant

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire et m'engage à fournir le cas échéant toutes modifications du présent dossier d'inscription (mail, téléphones, adresse, etc.)

Fait à
Le

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

Cadre réservé Mairie

Validé le

Cadre réservé Sodexo

Validé le



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :