

FICHE D'INSCRIPTION

Nom **Prénom**.....

Né(e) le **à**.....

Nom et Prénom des Responsables : Mme

M.

Adresse

N° de téléphone : Domicile :

Travail : Mme : M. :

Portable : Mme : M. :

N° de Sécurité Sociale :

N° de C.A.F. :

Nom du Médecin traitant :

Téléphone du Médecin :

OBSERVATIONS :

Fréquentation régulière: Lundi mardi mercredi (si école) jeudi vendredi

Fréquentation irrégulière : + de 4jours/mois à programmer 4 jours avant la fin du mois précédent

Fréquentation exceptionnelle : en fonction des places disponibles (- de 4 jours/mois)

- autorise le responsable du restaurant à faire pratiquer tous soins nécessaires en cas d'urgence, à faire ordonner éventuellement l'application de médicaments spéciaux à mon ou mes enfants (s).
- déclare accepter le règlement intérieur.

Signature, *

*Faire précéder la signature de la mention "Lu et Approuvé"