



# INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE : 20\_\_ / 20\_\_

## NOM DU OU DES ENFANTS

Nom - prénom de l'enfant	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe à la rentrée

## FAMILLE :

☞ Nom / Prénom du responsable : .....

☞ Adresse du domicile : .....

☞ Adresse mail : ..... ☎ : .....

## PÈRE :

Portable personnel ☞ ☎ : .....

☞ Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

☞ ☎ : .....

## MÈRE :

☞ Adresse mail : .....

Portable personnel ☞ ☎ : .....

☞ Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

☞ ☎ : .....

☞ Adresse mail : .....

*Situation familiale* : Marié(e)  Divorcé(e) ou séparé(e)  Monoparentale  Veuf(ve)  Pacsé(e)

*En cas de divorce ou séparation* :

Autorité parentale : MÈRE  PÈRE

Autre parent autorisé : OUI  NON

*Destinataire de la facture* : MÈRE  PÈRE  Autre  à préciser \_\_\_\_\_

# INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Année 2016/2017

Fiche à retourner au restaurant scolaire au plus tard le samedi 25 juin 2016.

Remplir un bulletin par famille.

Nom et prénom des parents : .....

Enfants	Date de naissance	Ecole	Classe fréquentée à la rentrée	Jour*	Inscription dès le
		Chêne Vert St Joseph			1 <sup>er</sup> jour au cours de l'année (préciser date)
		Chêne Vert St Joseph			1 <sup>er</sup> jour au cours de l'année (préciser date)
		Chêne Vert St Joseph			1 <sup>er</sup> jour au cours de l'année (préciser date)
		Chêne Vert St Joseph			1 <sup>er</sup> jour au cours de l'année (préciser date)

- PT = Plein Temps 4 jours par semaine
- $\frac{3}{4}$  T = 3 jours fixes par semaine (préciser les jours)
- OCC = Occasionnel (préciser les jours pour les enfants qui viennent 1 ou 2 jours par semaine ou donner planning)

Observations :

# MANDAT de Prélèvement SEPA

CANTINE DE SAINT HERBLON

Référence Unique du Mandat : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CANTINE DE SAINT HERBLON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CANTINE DE SAINT HERBLON.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués \*

Votre Nom

\* .....  
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

\* .....  
Numéro et nom de la rue

\* ..... \* .....  
Code Postal Ville

\* .....  
Pays

Les coordonnées de votre compte

\* .....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* .....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier

\* CANTINE DE SAINT HERBLON .....  
Nom du créancier

I.C.S

\* FR79ZZZ549451 .....  
Identifiant Créancier SEPA

\* RUE DE VERSAILLES .....  
Numéro et nom de la rue

\* 44150 ..... \* SAINT HERBLON .....  
Code Postal Ville

\* FRANCE .....  
Pays

Type de paiement : \* Paiement récurrent /

répétitif

Paiement ponctuel

Signé à

\* .....  
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) :

\* Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur

.....  
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

.....  
Nom du tiers débiteur. si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

.....  
Code identifiant du tiers débiteur

.....  
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

.....  
Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

.....  
Numéro d'identification du contrat

.....  
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

RESTAURANT SCOLAIRE DE SAINT HERBLON

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :  fille  garçon Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>
Poliomyéélite	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B.C.G.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

Attention : aucun médicament ne pourra être administré.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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

Allergies : médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
 alimentaires  oui  non autres  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Préciser si régime alimentaire spécifique : \_\_\_\_\_

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? \_\_\_\_\_

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_  
 Tél. domicile : \_\_\_\_\_

### V - Personnes à prévenir (autre que les parents) en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Portable

Nom adresse et tél. du médecin traitant \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# Restaurant Scolaire de Saint-Herblon

## Année 2016-2017

☎ 02.40.96.38.37

A CONSERVER

L'association vous invite à prendre lecture avec votre (vos) enfant(s) des conseils de vie collective.

### Au Restaurant Scolaire

- Mes vêtements doivent être marqués.
- Je mange de tout proprement et sans gaspillage.
- Je parle calmement et poliment.
- Je reste assis à ma place.
- Je lève la main pour demander quelque chose.
- Je respecte mes voisins de table et le personnel qui travaille.
- Je garde la vaisselle et le mobilier en bon état.
- Je respecte la nourriture et je me sers en pensant aux autres.

En cas de non respect de ces consignes ;

- Des avertissements sont donnés aux enfants
- A chaque avertissement, les parents sont contactés par téléphone
- A partir du 3<sup>ème</sup> avertissement, une rencontre est organisée entre les parents, l'enfant, le personnel encadrant et l'association.
- En dernier recours, un conseil de discipline peut prendre la décision d'une exclusion temporaire ou définitive.

Merci de votre collaboration,

L'association du Restaurant Scolaire