

ENFANT Fille Garçon**INSCRIPTION SCOLAIRE**Nom : Ecole : Prénom : Niveau/Classe : Date de naissance : **L'ENFANT VIT AU DOMICILE DE :** Parents Parent 1 Parent 2 Autre**PARENT 1**Nom : Prénom : Date de naissance : Profession : Tél. mobile : Tél. travail : Adresse : Complément : Code postal : Ville : **PARENT 2**Nom : Prénom : Date de naissance : Profession : Tél. mobile : Tél. travail : Adresse : Complément : Code postal : Ville : **FAMILLE D'ACCUEIL**Nom : Tél. domicile : Prénom : Adresse : Profession : Code postal : Tél. mobile : Ville :

Adresse E-mail pour l'obtention des identifiants nécessaires pour l'accès au Portail Famille :

Le service restauration scolaire traite les données recueillies pour l'exécution de sa mission d'intérêt public conformément aux dispositions de l'article 6-1 du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, et pour exercer vos droits, reportez vous au règlement du portail famille disponible directement sur votre espace personnel ou sur le site de la CCBDC à l'adresse : <https://www.cbbdc.fr/portail-famille/> ».

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : Garçon
 Fille

RESPONSABLE LEGAL :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Personnes autres à contacter en cas d'urgence :

Nom -Prénom	Lien avec l'enfant	N° Mobile	N° Domicile
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme

Alimentaires

Médicamenteuses

Autres

Si oui, merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

.....
.....

Informations et recommandations importantes :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (énurésie, maladie, crises convulsives, opérations, ainsi que les précautions à prendre :

.....
.....

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Merci de préciser si votre enfant est restreint à un régime alimentaire particulier sur prescription médicale (PAI) :

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Docteur :

N°Téléphone :

Signature du responsable légal :