

<b><u>ENFANT</u></b>	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon	<b><u>INSCRIPTION SCOLAIRE</u></b>	
Nom :	<input type="text"/>		Ecole :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		Niveau/Classe :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>			

**L'ENFANT VIT AU DOMICILE DE :**  Parents  Parent 1  Parent 2  Autre

<b><u>PARENT 1</u></b>		<b><u>PARENT 2</u></b>	
Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>
Tél.mobile :	<input type="text"/>	Tél.mobile :	<input type="text"/>
Tél. travail :	<input type="text"/>	Tél. travail :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>
Complément :	<input type="text"/>	Complément :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>

<b><u>FAMILLE D'ACCUEIL</u></b>			
Nom :	<input type="text"/>	Tél.domicile :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Tél. mobile :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>

**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.ccbdc.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 :