

INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE ET GARDERIE**Année 2026-2027****FICHE ENFANT 1**

Nom de l'enfant :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

1. Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI ☐NON ☐

AUCUN MÉDICAMENT NI ANTIBIOTIQUE NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ

L'enfant est-il asthmatique ?

OUI ☐NON ☐**ALLERGIES** A quel produit ?

Alimentaire	
Médicamenteuse	
Autres à préciser	

Faut-il mettre en place un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) en cas d'allergie alimentaire :

OUI ☐NON ☐

⚠ Si votre enfant est allergique à un aliment, vous devez vous rapprocher de la direction de l'école pour l'élaboration d'un protocole et la prise en considération de ce problème.

Si votre enfant est malade ou accidenté durant l'accueil périscolaire ou le restaurant scolaire de Virelade, merci de renseigner les coordonnées du médecin que nous devons contacter :

Docteur : N° de tél :

Adresse :

2. Renseignements cantine

Vous bénéficierez courant l'été d'un "espace famille" avec votre propre adresse mail et mot de passe que vous devrez créer. Sur cet espace famille, vous réserverez directement les jours où votre enfant mangera à la cantine. Vous pourrez également annuler les repas déjà réservés jusqu'à 1 semaine avant. Lorsque votre enfant est malade, le repas sera décompté avec la présence d'un justificatif médical envoyé directement à direction@virelade.fr.

Mon enfant a un régime spécifique :

☐ Repas sans viande☐ Repas sans porc

3. Autorisations

J'autorise le personnel de l'accueil périscolaire ou du restaurant scolaire, dans le cadre de ses activités :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - à prendre mon enfant en photo ou le filmer | OUI ☐ | NON ☐ |
| - à maquiller mon enfant | OUI ☐ | NON ☐ |

Au cas où mon médecin serait empêché, j'autorise l'agent municipal à faire appel à un autre médecin ou à faire transférer mon enfant, soit à l'hôpital le plus proche (Hôpital Pasteur à Langon), soit dans l'établissement de mon choix:

NOM:.....Adresse:.....

Ville.....N° de tél.....

Et je m'engage à rembourser les frais engagés.

La **Mairie de Virelade** traite les données recueillies pour :

- la bonne réalisation des services souscrits (périscolaire et/ou restauration scolaire),
- la gestion administrative,
- la réalisation de projets pédagogiques,
- la gestion de situation d'urgence,
- informer les consommateurs des services souscrits sur des événements ponctuels : modification d'horaire, absence de personnel, accès aux locaux....

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous au règlement intérieur associé à ce formulaire et affiché pour libre consultation dans les locaux du service périscolaire.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. En tant que parent ou responsable légal, je confirme mon adhésion au règlement intérieur du service fourni par la Mairie de Virelade et m'engage à respecter les clauses qui y figurent.

Précéder la signature de la mention « Bon pour accord ».

Nom, prénom et signature :

Fait à Virelade le/...../.....

Parent 1 :
→

Parent 2 :
→

