



**DOSSIER INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE 2025-2026**  
**Maternelle et élémentaire**

**Cadre réservé aux services :**

- 1- Attestation assurance 2025-2026
- 2- Vaccins
- 3- PAI / PPS
- 4- Attestation de quotient familial
- 5- Justificatif pour dérogation -3ans

**NOM- Prénom de l'enfant :** .....  F  M

**Né(e) le :** ..... / ..... / ..... **Classe fréquentée à la rentrée :** .....

**Mon enfant possède un dossier PAI :** OUI  NON

- Fournir obligatoirement le protocole écrit du PAI pour valider le dossier d'inscription
- Prendre rdv avec la responsable du service pour la mise en place d'un PAI Alimentaire
- S'engager à fournir les médicaments avant la rentrée scolaire.

**Mon enfant possède un dossier MDPH nécessitant un aménagement sur le temps du restaurant scolaire :** OUI  NON

- Fournir obligatoirement le PPS pour valider le dossier d'inscription.
- Prendre un rdv avec la responsable du service pour la mise en place du projet.

**Demande de dérogation pour les enfants de moins de 3 ans au Restaurant scolaire :** OUI  NON

Toute demande de dérogation devra être accompagnée impérativement de justificatifs d'employeurs pour chaque parent.

**Moyen de garde avant la scolarisation :**  EAJE  Assistante Maternelle  Garde à domicile  Autre : .....

**Mail unique servant d'identifiant pour le Portail Ropach du Restaurant scolaire :** .....

Le portail Ropach permet de commander et/ou annuler les repas de votre enfant selon votre planning sur l'année scolaire.

Pour une première inscription, le lien vous sera envoyé par mail lorsque votre dossier sera complet et validé.



**Représentant légal n°1**

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....  
 Tél domicile : ... / ... / ... / ... / ...  
 Tél portable : ... / ... / ... / ... / ...  
 Tél employeur : ... / ... / ... / ... / ...  
 Nom de l'employeur : .....

**Représentant légal n°1**

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....  
 Tél domicile : ... / ... / ... / ... / ...  
 Tél portable : ... / ... / ... / ... / ...  
 Tél employeur : ... / ... / ... / ... / ...  
 Nom de l'employeur : .....

**Personnes à appeler en cas d'absence**

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Tél portable : ... / ... / ... / ... / ...  
  
 NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Tél portable : ... / ... / ... / ... / ...

**Je soussigné(e) NOM et PRENOM** .....

- **Atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements complétés et avoir fourni l'ensemble des justificatifs demandés (attestation d'assurance responsabilité civile 2025-2026, photocopie de vaccins, PAI ou PPS, attestation de quotient familial de moins de 3 mois, justificatif emploi pour les enfants de -3ans) en tant que titulaire de l'autorité parentale .
- **M'engage** à maintenir ces informations à jour et valides pour la durée de l'année scolaire.
- **Déclare** avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des services et du règlement intérieur et m'engage à les respecter.
- **Autorise les équipes à pratiquer les premiers soins** ainsi qu'à prendre toutes mesures d'urgence en cas de maladie ou accident et m'engage à rembourser le montant des frais médicaux.

**Date :** ...../...../.....

**Signature :** .....



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :