



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020 – 2021

Pour tous les enfants
fréquentant l'école

RESTAURATION SCOLAIRE – GARDERIE – ALSH

Cocher le(s) service(s) que votre enfant fréquentera durant l'année scolaire

| | Régulièrement | | | | | ou | Occasionnellement | ou | Jamais |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| | L | M | M | J | V | | | | |
| Restauration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Garderie matin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Garderie soir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| ALSH Mercredi | / | / | <input type="checkbox"/> | / | / | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

ENFANT

Nom : _____

Date de naissance : ___/___/___

Prénom : _____

Classe : _____

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale : marié union libre pacsé divorcé séparé

Situation particulière : veuillez en informer les services périscolaires

Nom, Prénom : _____

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : ___/___/___/___/___

Tél. domicile : ___/___/___/___/___

Tél. portable : ___/___/___/___/___

Tél. portable : ___/___/___/___/___

Tél. travail : ___/___/___/___/___

Tél. travail : ___/___/___/___/___

Email : _____

Email : _____

Si parents séparés, facturation adressée à: _____

CONTACTS A PREVENIR EN CAS D'URGENCE, AUTRES QUE PARENTS

| Nom Prénom | Lien avec l'enfant | Numéro de téléphone |
|------------|--------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

| Nom Prénom | Lien avec l'enfant | Numéro de téléphone |
|------------|--------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

REGIMES ALIMENTAIRES

Régime particulier : oui non Précisez _____

Allergies alimentaires : oui non Précisez _____

(Si oui *Projet d'Accueil Individualisé* à remplir, renseignements en Mairie)

REGIME D'ALLOCATION FAMILIALE

N° allocataire CAF : _____ ou N° allocataire MSA: _____

Pour l'ALSH uniquement, fournir une attestation CAF ou MSA de votre quotient familial

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à :

- partir seul, et décharge le personnel communal de toute responsabilité
après le départ de mon enfant oui non
- participer aux activités sportives oui non
- être photographié et publié lors d'expositions internes, au niveau de la presse locale, et
des supports d'information communaux (bulletin, site web...) oui non
- participer aux sorties organisées en dehors des locaux oui non
- utiliser les transports organisés (car, minibus...) oui non

J'autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires
par l'état de l'enfant. oui non

SIGNATURE DES PARENTS :

En signant ce document, vous déclarez sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés.

Date :

Signature :

Date :

Signature :

ACCEPTATION DU REGLEMENT DU RESTAURANT SCOLAIRE

*Nous déclarons avoir pris connaissance, avec notre enfant, du règlement intérieur du
restaurant scolaire, et nous engageons à le respecter.*

Signature des parents :

Signature de l'enfant :