



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024 – 2025

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Garderie matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Garderie soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ALSH Mercredi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ENFANT

Nom : _____	Date de naissance : ___/___/___
Prénom : _____	Classe : _____

RESPONSABLE 1*

RESPONSABLE 2

Pour les familles séparées :	
Facturation à adresser à : _____	
<i>si facturation partagée, merci de nous fournir le planning en septembre pour l'année scolaire</i>	
Si jugement pour une garde alternée, merci de nous en fournir une copie (uniquement les parties concernant la garde et l'exercice de l'autorité parentale)	
Nom, Prénom : _____	Nom, Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Tél. domicile : ___/___/___/___/___	Tél. domicile : ___/___/___/___/___
Tél. portable : ___/___/___/___/___	Tél. portable : ___/___/___/___/___
Tél. travail : ___/___/___/___/___	Tél. travail : ___/___/___/___/___
Email : _____	Email : _____
Exerce une activité professionnelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Exerce une activité professionnelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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

*le responsable 1 sera contacté en priorité

Tournez SVP ↻

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 datant de moins de 3 mois

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 :