MAIRIE DE PLUMAUGAT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
2026 – 2027
RESTAURATION SCOLAIRE – GARDERIE – ALSH

Pour tous les enfants fréquentant l'école

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

	Régulièrement						Occasionnellement		Jamais
	L	**M**	**M**	**J**	**V**				
Restauration	☐	☐	/	☐	☐	**ou**	☐	**ou**	☐
Garderie matin	☐	☐	/	☐	☐		☐		☐
Garderie soir	☐	☐	/	☐	☐		☐		☐
ALSH Mercredi	/	/	☐	/	/		☐		☐

ENFANT

Nom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____ Classe : _____

RESPONSABLE 1* RESPONSABLE 2

En cas de famille séparée

Si jugement pour une garde alternée, merci de nous en fournir une copie.

RESPONSABLE 1*	RESPONSABLE 2
Nom, Prénom : _____	Nom, Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Activités professionnelles : oui ☐ non ☐	Activités professionnelles : oui ☐ non ☐
Tél. portable : ____/____/____/____/____	Tél. portable : ____/____/____/____/____
Tél. travail : ____/____/____/____/____	Tél. travail : ____/____/____/____/____
Email : _____	Email : _____

*Si parents séparés, facturation adressée à:*_____

Si facturation partagée, merci de nous fournir le planning en septembre pour l'année scolaire.

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

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, réseaux sociaux…) …… 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 :	***Date :***
Signature :	***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 :***

Mr Le Maire de Plumaugat vous informe : « Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des services périscolaires (présence, facturation…). Les données sont conservées pendant 1an. Les destinataires des données sont : le personnel d'animation et administratif. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Plumaugat, 1 Place de l'Eglise, 22250 PLUMAUGAT. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.