Fiche de renseignements enfant – 2020/2021
Restauration Scolaire – Garderie - ALSH

Retirer le filigrane maintenant

Nom : ……Prénom : ……

Date de naissance : …… Sexe : ☐ M ☐ F

Ecole fréquentée : ☐ Ecole Saint Julien / ☐ Ecole Joseph Le Métayer

Classe intégrée : ☐TPS ☐PS ☐MS ☐GS ☐CP ☐CE1 ☐CE2 ☐CM1 ☐CM2

REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

☐Père ☐Mère ☐Famille d'accueil ☐Tuteur/Tutrice

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP : …… Ville : ……

Tél domicile : …… …… Portable : ……

Adresse mail : ……

(La commune souhaite développer la correspondance par mail, merci de renseigner votre adresse. Elle sera réservée à ce seul usage)

Lieu de travail : …… Tél travail : ……

☐Père ☐Mère ☐Famille d'accueil ☐Tuteur/Tutrice

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP : …… Ville : ……

Tél domicile : …… Portable : ……

Adresse mail : ……

(La commune souhaite développer la correspondance par mail, merci de renseigner votre adresse. Elle sera réservée à ce seul usage)

Lieu de travail : …… Tél travail : ……

pdfelement

PERSONNE À APPELER EN CAS DE BESOIN (après les parents)

Nom - Prénom: …… Lien de parenté : ……

Tél domicile : …… Portable : ……

MEDECIN TRAITANT

NOM : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP : …… Ville : …… Téléphone : ……

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Nom – Prénom : ……	Nom – Prénom : ……	Nom – Prénom : ……
Adresse : …… Téléphone : ……	Adresse : …… Téléphone : ……	Adresse : …… Téléphone : ……
Lien : ……	Lien : ……	Lien : ……

Retirer le filigrane maintenant

COMPAGNIE D'ASSURANCE – CAF/MSA

Compagnie : ..... N° contrat : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

N° allocataire CAF ou MSA : ..... Quotient familial (en cours) : .....

ALLERGIES ALIMENTAIRES ET AUTRES

Alimentaire : ☐ Oui ☐ Non - *Préciser* .....

Asthme : ☐ Oui ☐ Non - *Préciser* .....

Médicamenteuse : ☐ Oui ☐ Non - *Préciser* .....

Autres : ☐ Oui ☐ Non - *Préciser* .....

Je soussigné, ... responsable légal(e) de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** ou **n'autorise pas** *(barrer mention inutile)* le responsable du service à donner en lieu et place, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide

L'accueil d'enfant ayant des allergies ou problèmes de santé, aux services de restauration, ne peut se faire qu'après la signature d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

Date : Signature :
Précédée de la mention « Bon pour pouvoir »

pdfelement

UTILISATION DES PHOTOS DE VOTRE ENFANT

Dans le cadre des temps périscolaire et extrascolaires, des photos sont réalisées et exploitées.

Je soussigné(e) .....,

responsable légal(e) de l'enfant ..... ;

☐ Autorise la mairie de LE SOURN à utiliser les photos de mon enfant sur les différents supports de communications de la mairie

☐ N'autorise pas la mairie de LE SOURN à utiliser les photos de mon enfant.

Fait à , le Signature

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) .....

responsable légal(e) de l'enfant ..... ;

Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur des services de restaurant scolaire, garderie et ALSH et en avoir accepté les conditions

Fait à , le Signature