MONSEMPRON LIBOS Ville de Monsempron-Libos	**FICHE DE RENSEIGNEMENT CANTINE/ACCUEIL PÉRISCOLAIRE 2024/2025**	2 Place de la Mairie 47500 Monsempron-Libos Tél. 05 53 71 11 56 cantine-ml@orange.fr www.monsempronlibos.fr

ENFANT

NOM :		**Prénom :**
Né(e) le :	**Sexe :** ☐ **F** ☐ **M**	**Classe :**

REPRÉSENTANTS

Situation familiale : Marié(e)/Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Union Libre ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

☐ **MÈRE** ☐ **PÈRE** ☐ **TUTEUR**	☐ **MÈRE** ☐ **PÈRE** ☐ **TUTEUR**
Nom et Prénom :	**Nom et Prénom :**
Adresse :	**Adresse :**
CP – Ville :	**CP – Ville**
☎ **domicile :**	☎ **domicile :**
☎ **portable :**	☎ **portable :**
Lieu de travail : ☎ **:**	**Lieu de travail :** ☎ **:**
Mail :	**Mail :**

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM :	**NOM :**	**NOM :**
Prénom :	**Prénom :**	**Prénom :**
Lien de parenté :	**Lien de parenté :**	**Lien de parenté :**
☎ **:**	☎ **:**	☎ **:**

Attention si personne mineure, joindre **OBLIGATOIREMENT** une autorisation parentale (ci-joint)

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant :	☎ **:**	**Vaccins à jour :** ☐ **oui** ☐ **non**

Observations médicales (traitement médical, lunettes, allergies alimentaires, …)

Autres renseignements		**OUI**	**NON**
Droit d'image	**J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités. Les photos pourront être utilisées sur des supports internes et presse locale.**	☐	☐
Transport	**J'autorise mon enfant à prendre les moyens de transport utilisés par le service**	☐	☐
Sorties (midi/soir)	**J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison (primaire uniquement)**	☐	☐

Je soussigné (e) NOM Prénom , responsable légal de l'enfant concerné par cette fiche de renseignement :

- **Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service scolaire de la mairie (restauration et accueil périscolaire) et m'engage à le respecter.**
- **J'autorise le Maire à prendre le cas échéant toute mesure (hospitalisation – intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant.**

Date **Signature**

Tournez la page

ENFANT	
Nom et prénom:	**Classe :**

RÉSERVATION CANTINE

Durant l'année scolaire, mon enfant mangera à la cantine :

☐ **Tous les jours de la semaine sans exception**

☐ **Toutes les semaines mais uniquement des jours précis** :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ **Selon un planning de réservation donné par périodes**

☐ **Ponctuellement, en réservant la veille avant 9h30**

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un menu sans porc ☐ Oui ☐ Non

FACTURATION CANTINE ET PÉRISCOLAIRE

Personne à facturer :

Nom et Prénom :	☎ **domicile :**
Adresse :	☎ **portable :**
	Mail :
CP – Ville :	

OBLIGATOIRE N° Allocataire CAF : **ET attestation QF (CAF,MSA)**

DANS LE STRICT RESPECT DU RGPD (Règlement général sur la protection des données)

Je soussigné, M /Mme ……..

- Autorise le Maire, à saisir mes informations personnelles et les informations médicales de mon enfant,
- Autorise le Maire, à consulter mes données ressources en se connectant au service « Mon Compte Partenaire » CAF, en utilisant mon numéro d'allocataire CAF
- Accepte d'être redevable des factures liées à la restauration scolaire et l'accueil périscolaire qui concernent l'enfant inscrit sur cette fiche
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche et m'engage à signaler immédiatement toute modification,

Date : Signature :