

**ENFANT**

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Né(e) le :</b>	<b>Sexe :</b> <b>F</b> <b>M</b> <b>Classe :</b>

**REPRÉSENTANTS**

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

MÈRE	PÈRE	TUTEUR	MÈRE	PÈRE	TUTEUR
<b>Nom et Prénom :</b>			<b>Nom et Prénom :</b>		
<b>Adresse :</b>			<b>Adresse :</b>		
<b>CP – Ville :</b>			<b>CP – Ville :</b>		
☎ <b>domicile :</b>			☎ <b>domicile :</b>		
☎ <b>portable :</b>			☎ <b>portable :</b>		
<b>Lieu de travail :</b>		☎ :	<b>Lieu de travail :</b>		☎ :
<b>Mail :</b>			<b>Mail :</b>		

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

<b>NOM :</b>	<b>NOM :</b>	<b>NOM :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Lien de parenté :</b>	<b>Lien de parenté :</b>	<b>Lien de parenté :</b>
☎ :	☎ :	☎ :

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

**INFORMATIONS MÉDICALES**

<b>Médecin traitant :</b>	☎ :	<b>Vaccins à jour :</b> oui    non
---------------------------	-----	------------------------------------

**Observations médicales (traitement médical, lunettes, allergies alimentaires, ...)**

--	--	--	--

**Autres renseignements**

		OUI	NON
<b>Droit d'image</b>	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.		
<b>Transport</b>	J'autorise mon enfant à prendre les moyens de transport utilisés par le service		
<b>Sorties (midi/soir)</b>	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 :