MONSEMPRON LIBOS Ville de Monsempron-Libos	**FICHE DE RENSEIGNEMENT CANTINE/ACCUEIL PERISCOLAIRE 2026/2027**	2 Place de la Mairie BP 18 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 :**

REPRESENTANTS

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

MERE ❑ PERE ❑ TUTEUR ❑	**MERE ❑ PERE ❑ TUTEUR ❑**
Nom et Prénom :	**Nom et Prénom :**
Adresse :	**Adresse :**
Date de naissance :	**Date de naissance :**
☎ :	☎ :
Lieu de travail : ☎ :	**Lieu de travail :** ☎ :
Mail :	**Mail :**

PERSONNE(S) AUTORISEE(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

INFORMATIONS MEDICALES

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

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

Autres renseignements

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**	**OUI**	**NON**
Transport	**J'autorise mon enfant à prendre les moyens de transport utilisés par le service**	**OUI**	**NON**
Sorties (midi/soir)	**J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison (primaire uniquement)**	**OUI**	**NON**

RESERVATION RESTAURATION SCOLAIRE

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

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

❑ **Toutes les semaines :** Lundi ❑ Mardi ❑ Jeudi ❑ Vendredi ❑

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

❑ **Ponctuellement, en réservant 48h AVANT la date du repas AVANT 9h30**

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

FACTURATION CANTINE ET PERISCOLAIRE	
Nom et Prénom (redevable) :	
Adresse :	☎ **portable :**
	Mail :
CP – Ville :	
OBLIGATOIRE N° Allocataire CAF ou MSA :	
Ou attestation de Quotient Familial (CAF,MSA)	

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Dans le cadre de la restauration et de l'accueil périscolaire, toutes allergies, intolérance ou pathologies devront **OBLIGATOIREMENT** être justifiées par un PAI demandé auprès de la direction de l'école.

Votre enfant a déjà un PAI ? OUI NON

Votre enfant a une notification de la MDPH ? OUI NON

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,**
- **Autorise le Maire à prendre le cas échéant toute mesure (hospitalisation – intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant,**
- **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 :**