



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CANTINE ET GARDERIE MUNICIPALE

QUESTIONNAIRE A REMETTRE EN MAIRIE

Service (s) proposé(s) :

Garderie GRATUITE : de 7h20 à 7h50 et de 17h30 à 18h00 à l'école des Platanes

ET de 7h50 à 8h20 et de 16h30 à 17h30 dans les 2 écoles

Restauration scolaire : Le tarif, à partir du 01 janvier 2021 est de **3.34€**

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM:

Date de naissance: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom:.....

Lieu de naissance:

FILLE

GARCON

Classe: Niveau :

Ecole des Platanes

Ecole du Moulinon

CONTACTS DES RESPONSABLES LEGAUX

Père

Mère

Responsable légal

Père

Mère

Responsable légal

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

CP et Ville :

CP et Ville :

Tél Domicile:

Tél Domicile:

Tél Portable personnel:

Tél Portable personnel:

Tél Professionnel :

Tél Professionnel :

Autorise la Mairie à me joindre en cas d'urgence aux numéros renseignés ci-dessus.

Autorise la Mairie à me joindre en cas d'urgence aux numéros renseignés ci-dessus.

Mail:

Mail:

OBLIGATOIRE

pour le paiement en ligne sur l'espace famille

OBLIGATOIRE

pour le paiement en ligne sur l'espace famille

AUTORISATIONS : POUR TOUS TEMPS PÉRISCOLAIRES (garderie, cantine)

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant pendant les temps de cantine et de garderie :

J'autorise

Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :

Attention : Signaler tout changement intervenant en cours d'année.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CANTINE ET GARDERIE MUNICIPALE

QUESTIONNAIRE A REMETTRE EN MAIRIE

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vaccination(s) :

Je soussigné(e)responsable légal(e) de l'enfant atteste que les vaccinations de mon enfant sont à jour.

Traitement(s) médicaux :

OUI NON

Précisez :

Allergies connues :

OUI NON

Précisez :

Observations médicales :

.....
.....

Votre enfant suit-t-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI NON

Si oui, merci de joindre une copie du Protocole d'Accueil individuel (PAI)

Précisez si votre enfant porte des prothèses (lunettes, lentilles de contact, appareil auditifs/dentaires...)

.....
.....

Nous vous rappelons que nous ne sommes pas autorisés à administrer quelques médicaments que ce soit sans PAI (Projet d'accueil Individualisé).

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Droit à l'image

Je soussigné(e),autorise mon enfant.....

A être photographié et / ou filmé dans le cadre d'activités sur les temps de la restauration scolaire et /ou de la garderie municipale (droit à l'image) : OUI NON

Est autorisé à partir seul (e) : OUI NON

Transport :

Votre enfant utilisera-t-il le transport scolaire de la CAPCA (carte de transport à se procurer auprès du Pôle Transports et Mobilités de la CAPCA) : OUI NON

AUTORISATION

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant ci-dessus nommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature(s) :

(Précédé de la mention lu et approuvé):