



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE 2023/2024

CANTINE

GARDERIE

1. IDENTITÉ DU OU DES ENFANTS

| | | | | |
|--------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| <u>NOM :</u> | <u>PRENOM :</u> | <u>DATE DE NAISSANCE :</u> | Ecole Publique / Privée (1) | <u>CLASSE :</u> |
| <u>NOM :</u> | <u>PRENOM :</u> | <u>DATE DE NAISSANCE :</u> | Ecole Publique / Privée (1) | <u>CLASSE :</u> |
| <u>NOM :</u> | <u>PRENOM :</u> | <u>DATE DE NAISSANCE :</u> | Ecole Publique / Privée (1) | <u>CLASSE :</u> |
| <u>NOM :</u> | <u>PRENOM :</u> | <u>DATE DE NAISSANCE :</u> | Ecole Publique / Privée (1) | <u>CLASSE :</u> |

*(1) : Rayer la mention inutile.

2. IDENTITÉ DES RESPONSABLES LÉGAUX * (2)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>NOM DE LA MÈRE / PÈRE</u> | <input type="checkbox"/> <u>NOM DU PÈRE / MÈRE</u> |
| <u>PRÉNOM</u> | <u>PRÉNOM</u> |
| <u>DATE ET LIEU DE NAISSANCE</u> | <u>DATE ET LIEU DE NAISSANCE</u> |
| <u>ADRESSE</u> | <u>ADRESSE</u> |
| <u>ADRESSE MAIL</u> | <u>ADRESSE MAIL</u> |
| <u>N° TEL. DOMICILE</u> | <u>N° TEL. DOMICILE</u> |
| <u>PORTABLE</u> | <u>PORTABLE</u> |
| <u>NOM DE L'EMPLOYEUR</u> | <u>NOM DE L'EMPLOYEUR</u> |
| <u>PROFESSION</u> | <u>PROFESSION</u> |
| <u>N° TEL. BUREAU</u> | <u>N° TEL. BUREAU</u> |

*(2) Cocher la ou les personnes responsable(s) de (ou des) l'enfant (s).

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| | <u>CONJOINT(E) PÈRE</u> | <u>CONJOINT(E) MÈRE</u> |
| <u>NOM – PRÉNOM</u> | | |
| <u>DATE ET LIEU DE NAISSANCE</u> | | |
| <u>N° TEL. DOMICILE</u> | | |
| <u>N° DE PORTABLE</u> | | |
| <u>ADRESSE MAIL</u> | | |
| <u>PROFESSION</u> | | |
| <u>Employeur (Nom et Adresse Complète)</u> | | |
| <u>En cas d'urgence, téléphone du travail</u> | | |

**Pour tout changement de situation en cours d'année, vous devez prévenir
immédiatement la Mairie**

Pour un règlement de vos factures par prélèvement, pensez à nous fournir votre RIB.

N° ALLOCATAIRE C.A.F (obligatoire) :

Quotient Familial

Cochez la case si vous nous autorisez à consulter votre situation sur CAFPRO sinon fournir **attestation CAF impérativement**

Observations particulières :
En cas d'allergie ou de régime,
Fournir OBLIGATOIREMENT un certificat médical
Pour permettre d'inscrire l'enfant à la cantine.

3. JOURS DE PRÉSENCE A LA CANTINE

| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI | Tous les jours de l'année scolaire | Jours cochés identiques toute l'année scolaire |
|-------|-------|-------|----------|------------------------------------|--|
| | | | | | |

4. JOURS DE PRÉSENCE A LA GARDERIE

| LUNDI | | MARDI | | JEUDI | | VENDREDI | | Jours cochés identiques toute l'année scolaire |
|-------|------|-------|------|-------|------|----------|------|--|
| MATIN | SOIR | MATIN | SOIR | MATIN | SOIR | MATIN | SOIR | |
| | | | | | | | | |

PERSONNE(S) HABILITÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LES ENFANTS :

NOM : PRÉNOM : TELEPHONE :

NOM : PRÉNOM : TELEPHONE :

NOM : PRÉNOM : TELEPHONE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

ADRESSE :

N° TEL. :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - PRENOM :

ADRESSE :

N° TEL. Fixe :

N° TEL. Portable :

Lien de parenté avec l'enfant :

NOM - PRENOM :

ADRESSE :

N° TEL. Fixe :

N° TEL. Portable :

Lien de parenté avec l'enfant :

☞ **Horaires de la garderie** : Matin : 7h15 à 8h20 Soir : 16h40 à 18h45

Je soussigné (NOM-Prénom)

Représentant légal de(s) enfant(s) : - (NOM - Prénom)

- (NOM - Prénom)

- (NOM - Prénom)

- (NOM - Prénom)

- atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
- autorise que l'on transporte mon (mes) enfant(s) et qu'on lui (leur) prodigue(nt) tous les soins médicaux nécessaires en cas de maladie grave,
- atteste sur l'honneur avoir souscrit une assurance scolaire pour l'année en cours,

Toute inscription vaut acceptation du ou des règlements intérieurs

Fait à..... Le.....

☞ **SIGNATURE** :