

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DELEGATION DE POUVOIRS

ANNEE 2023/2024

Cette fiche (une par famille) est à remettre à la mairie ou à envoyer à rscheffes@gmail.com.

Responsable légal 1	Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Autre (tuteur, famille d'accueil...)	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Autre (tuteur, famille d'accueil...)
Situation familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé	Situation familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
<input type="checkbox"/> Garde alternée : semaine paire chez..... semaine impaire chez	<input type="checkbox"/> Garde alternée : semaine paire chez..... semaine impaire chez
NOM, Prénom	NOM, Prénom
Adresse	Adresse
CP	CP
Ville	Ville
Tél domicile.....	Tél domicile.....
Tél portable	Tél portable
Tél pro.....	Tél pro.....
Mail*	Mail*
Employeur	Employeur
Adresse de l'employeur	Adresse de l'employeur
CP	CP
Ville	Ville
N° allocataire CAF / MSA	N° allocataire CAF / MSA
Quotient familial.....	Quotient familial.....
* Très important pour recevoir rapidement les informations liées à la restauration scolaire	* Très important pour recevoir rapidement les informations liées à la restauration scolaire

Merci de fournir votre attestation d'allocation familiale

Enfant(s)				
NOM	Prénom	Date de naissance	Sexe	Classe
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant au restaurant scolaire			
NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

Stéphanie GERMAIN
Responsable du restaurant scolaire

Odile REDLER
Responsable Accueil Périscolaire

rscheffes@gmail.com
02.41.87.55.02

aps@cheffes.fr
02.41.87.55.02

➔ Info Santé / Urgence

VACCINS	OUI	NON	Dates des rappels
DT POLIO			
ROR			
MENINGITE			
COQUELUCHE			
TETRACOQ			

Nous vous informons qu'aucun médicament ne pourra pas être donné à votre enfant durant le temps de la restauration scolaire, à l'exclusion des enfants pris en charge dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Recommandations particulières concernant la santé de votre enfant :

Allergie (alimentaire ou autres).....

Régime alimentaire particulier (sans porc, sans viande...).....

Nom, ville et téléphone du médecin à appeler :

S'il est impossible de vous joindre en cas d'accident, vers quel établissement hospitalier faudra-t-il diriger votre enfant ?.....

Merci de cocher vos préférences :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accord d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Autorisation à partir seul |
| <input type="checkbox"/> Autorisation de prise de photos | <input type="checkbox"/> Autorisation de sport |
| <input type="checkbox"/> Port de lunettes | <input type="checkbox"/> Port d'un appareil dentaire |
| <input type="checkbox"/> Port d'un appareil auditif | <input type="checkbox"/> Handicap |

Je me dois de signaler tout changement auprès des responsables de la restauration scolaire et/ou de l'APS.

Merci de fournir les documents suivants :

- Copie des vaccinations
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Autorisation de captation et d'exploitation d'image
- Autorisation de séjour
- Attestation de quotient familial
- Autorisation de baignade

Fait à

Le

Signature du représentant légal

Nom et prénom du ou des enfants :

.....

.....

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

ANNEE 2023/2024

Inscription à l'année

- Tous les lundis
- Tous les mardis
- Tous les jeudis
- Tous les vendredis
- Tous les jours de l'année scolaire

Inscription au trimestre

- Tous les lundis
- Tous les mardis
- Tous les jeudis
- Tous les vendredis

Inscription au mois (pour Septembre)

- Tous les lundis
- Tous les mardis
- Tous les jeudis
- Tous les vendredis

Inscriptions occasionnelles ou non répétitives (pour Septembre)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et prénom du ou des enfants :

.....

.....

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

ANNEE 2023/2024

Inscription à l'année

<input type="checkbox"/> Tous les lundis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les mardis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les jeudis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les jours de l'année scolaire	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux

Inscription au trimestre

<input type="checkbox"/> Tous les lundis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les mardis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les jeudis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux

Inscription au mois (pour Septembre)

<input type="checkbox"/> Tous les lundis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les mardis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les jeudis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux
<input type="checkbox"/> Tous les vendredis	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> les deux

Inscriptions occasionnelles ou non répétitives (pour Septembre)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....