

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DELEGATION DE POUVOIRS

ANNEE 2024/2025

Cette fiche (une par famille) est à remettre 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

Agnès SECHET
Responsable du restaurant scolaire
et de l'Accueil Périscolaire

rscheffes@gmail.com

➔ 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