



**NOM** (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

**Prénom** (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ **Classe** \_\_\_\_\_

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS – Année 2017/2018  
RESTAURANT SCOLAIRE/ PERISCOLAIRE/ TAP**

**RESPONSABLES LEGAUX :**

Adresse : .....

Quotient familial : ..... N° Allocataire CAF/ MSA : .....

	Père Responsable légal <input type="checkbox"/>	Mère Responsable légal <input type="checkbox"/>
NOM		
Prénom(s)		
Né(e) le		
Profession		
N° Tél domicile		
N° Tél. Portable		
N° Tél. travail		
Email :		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> marié / <input type="checkbox"/> vie maritale / <input type="checkbox"/> pacsé / <input type="checkbox"/> séparé / <input type="checkbox"/> Divorcé / <input type="checkbox"/> veuf(ve) / <input type="checkbox"/> célibataire	

**INSCRIPTION AUX SERVICES :**

**Mangera à la cantine :**

Semaine type :

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<i>Mercredi</i>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sera inscrit au TAP :**  A l'année  A la période (de vacances à vacances)

<b>Lundi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Prendra les transports scolaires :** **Nom de l'arrêt :** .....

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
<b>Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soir</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Midi</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sera inscrit au périscolaire :**

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
<b>Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soir</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre compte personnel de réservation en ligne sur le site [www.logicielcantine.fr/creysmepieu](http://www.logicielcantine.fr/creysmepieu)

- Joindre :**
- l'attestation Caf de votre quotient familial
  - l'attestation d'assurance individuelle extra-scolaire 2017/2018

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

NOM (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Prénom (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Régime Social :	<input type="checkbox"/> régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres
N° sous lequel est affilié l'enfant	

Médecin Traitant	
Téléphone médecin	
Adresse médecin	

Groupe sanguin de l'enfant	
Date dernier vaccin tétanos	.. / .. / ..

**Allergies**

Asthmes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres, précisez	
Conduite à tenir pour l'allergie	

Compagnie d'assurance	
N° police	

**L'enfant est autorisé :**

à sortir seul	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A être photographié	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<i>(dans le cadre des activités TAP, du Péricolaire ou de la Cantine)</i>

**Vaccins obligatoires**

dernier rappel

Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.. / .. / ..
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.. / .. / ..
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.. / .. / ..
Ou DT polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.. / .. / ..

L'enfant porte-il des lunettes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--------------------------------	---

Autres recommandations	
------------------------	--

Je soussigné(e).....

- autorise les organisateurs à contacter les services de secours en cas d'urgence vitale de mon enfant. (SAMU, pompiers).

Fait à CREYS MEPIEU, le .....

Signature

**AUTRES RESPONSABLES :**

Est autorisé à prendre l'enfant à la sortie de la cantine, des TAP et du périscolaire :

<b>NOM</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Téléphone</b>	-	-	-
	-	-	-
contactée en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortie uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Merci de nous communiquer tout problème de santé susceptible de se manifester (ex. asthme, épilepsie, allergie alimentaire etc..), la conduite à tenir, le traitement en cours, et toute information que vous jugerez utile.**

Fait à CREYS MEPIEU, le .....

Signature