

**DOSSIER A RENDRE COMPLET AVANT
LE 28/06/2019**



NOM (de l'enfant) : _____

Prénom (de l'enfant) : _____

Né(e) le : _____ à _____

Classe actuelle _____ / **à la rentrée** _____

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS – Année 2019 / 2020
RESTAURANT SCOLAIRE/ PERISCOLAIRE**

RESPONSABLES LEGAUX :

Adresse :

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

	Parent 1 Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parent 2 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 : Oui Non

Semaine type :

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

Prendra les transports scolaires : Oui Non

Si oui, précisez le nom de l'arrêt :

Semaine type :

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

Sera inscrit au périscolaire : Oui Non

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

Une fois votre dossier instruit, vous pourrez accéder à votre compte personnel de réservation en ligne sur le site

www.logicielcantine.fr/creysmepieu

Joindre :

- L'attestation de quotient familial du mois en cours ou écoulé (CAF ou MSA)
- L'attestation d'assurance individuelle extra-scolaire 2019/2020
- L'acceptation du règlement signée.

Semaine type :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Matin

Soir

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

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

Téléphone médecin	
Adresse médecin	

Groupe sanguin de l'enfant	
----------------------------	--

Allergies

PAI	L'enfant fait l'objet d'un PAI <input type="checkbox"/> oui : Prendre contact avec la mairie – le PAI est valable 1 an et doit être signé par Mr le Maire <input type="checkbox"/> non
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	

NOM (de l'enfant) : _____

Prénom (de l'enfant) : _____

Compagnie d'assurance	
N° police	<input type="checkbox"/> Ci-joint l'attestation

L'enfant est autorisé :

A être photographié	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(pour le bulletin municipal, le site internet de la commune, etc...)</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 ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.. / .. / / .. / ..
BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.. / .. / ..

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.

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

Je soussigné(e).....,

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

AUTRES RESPONSABLES :

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

NOM			
Prénom			

Téléphone	- -	- -	- -
Personne à contacter en cas d' urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne autorisée pour la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à CREYS MEPIEU, le

Signature