

REGIE CANTINE
ET GARDERIE**CE DOCUMENT EST A RETOURNER DUMENT RENSEIGNÉ À L'ECOLE****ENFANT**NOM : PRENOM : GARCON FILLE

DATE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

 MATERNELLE ELEMENTAIRE Classe :**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** MERE PERESituation familiale : Marié.e Concubin Pacsé.e Séparé.e Divorcé.e Célibataire
 Veuf (ve) Garde alternée

	PERE (ou autre) :	MERE (ou autre) :
NOM - PRENOM		
Date et lieu de naissance		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		

Si vous n'avez pas de connexion internet merci de préciser NEANT**REGIME ALLOCATAIRE :** CAF : n° allocataire Quotient familial : €J'autorise la commune à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales
afin de définir le tarif OUI NON*Si vous refusez l'accès au service Consultation des données allocataires vous devez impérativement nous fournir une attestation de la CAF mentionnant votre quotient familial. Sans remise de ces documents, la facturation maximale vous sera appliquée.***PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT (Pièce d'identité obligatoire)**

Nom		Téléphone		Lien de parenté	
Prénom					
Nom		Téléphone		Lien de parenté	
Prénom					
Nom		Téléphone		Lien de parenté	
Prénom					

AUTORISATIONS

Je soussigné.e, Madame, Monsieur :responsable légal de l'enfant,

- Autorise mon enfant à quitter **seul** la garderie OUI NON

- Autorise le responsable du service de cantine scolaire et de garderie de la commune de La Calmette à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) :

N° contrat d'assurance responsabilité civile : COMPAGNIE :

- Autorise le responsable de la garderie à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique OUI NON

OBSERVATIONS, ALLERGIES OU DIFFICULTÉS DE SANTE

.....
.....
.....

P.A.I.

Indiquer si votre enfant est en situation d'handicap OUI NON

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :Téléphone :

REGIME ALIMENTAIRE à préciser:

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Nom -Prénom		Téléphone	
Nom -Prénom		Téléphone	
Nom -Prénom		Téléphone	

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche

Fait à le

Signature :