



REGIE CANTINE
ET GARDERIE

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS 2022 / 2023

CE DOCUMENT EST A RETOURNER DUMENT RENSEIGNÉ À L'ECOLE,

ADRESSÉ AU SERVICE CANTINE/GARDERIE

ENFANT

NOM : PRENOM : GARCON FILLE

DATE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

MATERNELLE ELEMENTAIRE Classe :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT MERE PERE

Situation 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 | | |

Adresse mail pour la facturation :

Si vous n'avez pas de connexion internet merci de préciser NEANT

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT (Pièce d'identité obligatoire)

| | | | | | |
|---------------|--|-----------|--|-----------------|--|
| Nom Prénom | | Téléphone | | Lien de parenté | |
| Nom Prénom | | Téléphone | | Lien de parenté | |
| Nom Prénom | | Téléphone | | Lien de parenté | |
| Nom Prénom | | Téléphone | | Lien de parenté | |

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

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

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (Repas fourni par les parents) OUI NON

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

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche

Fait à, le

Signature :