

RESTAURATION SCOLAIRE/ACCUEILS PERISCOLAIRES/CENTRE DE LOISIRS
ANNEE SCOLAIRE 2011-2012

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom.....Prénom..... Année scolaire 2011-2012
Né(e) leà..... Ecole.....
N° allocataire..... Classe.....
Quotient C.A.F.

RESPONSABLE LEGAL

Adresse..... Situation familiale :
..... Autorité parentale : mère ou/et père
Adresse Mail.....
Téléphone fixe..... Téléphone portable

PROFESSION DES PARENTS

Père..... Mère.....
Tel professionnel..... Tel professionnel.....

AUTORISATION PARENTALE

Personne habilitée à venir chercher l'enfant.....
Autres personnes (Nom et N° téléphone).....

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant.....
DTP.....BCG.....TEST BCG.....
Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, lunettes,
appareil dentaire.....)
.....
PAI alimentaire ou autre

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION
DE PHOTOGRAPHIE

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

La Mairie de Saint-André de la Roche, à reproduire, présenter et exposer la (les)
photographie(s) de mon enfant mineur (Revue d'information municipale « Flash d'info » ;
Presse Nice Matin , Villes Villages, site officiel de la Commune, brochures, dépliants,
expositions.....).

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'enfant.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le(s)
responsable(s) du service périscolaire à prendre le cas échéant toutes mesures
(traitements médicaux, hospitalisations...)

Fait à Saint-André de la Roche, le

ANNEE SCOLAIRE 2011-2012

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

Je soussigné(e).....

Autorise mon enfant.....

A être pris en charge par le personnel agréé par la Direction départementale de la Jeunesse et des Sports de 11h30 à 13h30.

Sollicite l'inscription de celui-ci au service de restauration scolaire :

Soit 4 repas hebdomadaires

Soit.....jours (Tous les LUNDI, MARDI, JEUDI, VENDREDI)

Et m'engage de ce fait à régler par mensualité à l'ordre du Trésor public les montants dus, conformément au règlement intérieur du service, dont je reconnais avoir reçu copie.

« Lu et approuvé Règlement intérieur, dont je reconnais avoir reçu copie. »

DATE ET SIGNATURE

SERVICE ENFANCE JEUNESSE

L'inscription ne sera définitive, qu'après avoir fourni les attestations d'employeur mentionnant les horaires de travail (pour les 2 parents)

FOURNI

NON FOURNI

Cocher la ou les cases vous concernant

CLSH

Accueil MATIN

Accueil SOIR

Etude

« Lu et approuvé Règlement intérieur, dont je reconnais avoir reçu copie. »

DATE ET SIGNATURE

Merci de bien vouloir CONFIRMER l'inscription de votre enfant au service enfance jeunesse avant la Rentrée Scolaire.

AUTORISATION CAFPRO

Je soussignée M ou Mmeautorise les agents habilités CAFPRO à utiliser celui-ci pour l'ensemble des inscriptions (Accueil, Périscolaire, CLSH Restauration Scolaire)

DATE ET SIGNATURE

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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