 **MAIRIE DE SAINTE-ANASTASIE Ecole du Petit Bois**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CANTINE - ACCUEILS – CENTRE DE LOISIRS**

**NOM PRÉNOM de l’ENFANT** …………………………………………………………………………………… CLASSE………………

DATE DE NAISSANCE …………………………………………………. LIEU ………………………..…………………………………….

ADRESSE ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Adresse courriel pour portail ARG famille****: ………………………………………………………………………………………....*

Situation des parents : Mariés/Pacsés  Divorcés  Séparés  Veuve/Veuf 

**Nom prénom du Parent 1** ………………………………………………………………………...................................................

 Mobile ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .  Domicile ….. / ….. / ….. / ….. / …..

 Professionnel ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .

Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse courriel ……………………………………………………………………….@…………………………………………………..

**Nom prénom du Parent 2** ……………………………………………………………………...................................................

 Mobile ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .  Domicile ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .

 Professionnel ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .

Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse courriel …………………………………………………………………………@………………………………………………..

**Autre responsable légal** ……………………………………………………………………………………………………………………..

 Mobile ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .  Domicile ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .

 Professionnel ….. / ….. / ….. / ….. / ….. .

Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse courriel …………………………………………………………………………@………………………………………………..

**PERSONNES A APPELER EN CAS D’URGENCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM**  | **PRENOM** |  **DOMICILE** |  **PROFESSIONNEL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Coordonnées du médecin traitant : ……………………………………………………………………………………………………**

En cas d‘urgence, autorisez-vous le personnel municipal à contacter le médecin de garde ? OUI  NON 

L’enfant est-il allergique ? OUI  NON  Si oui, type d’allergie ……………………………………………………

Les enfants allergiques devront obligatoirement bénéficier d’un P.A.I. (Projet d’Accueil Individualisé)

DATE DU DERNIER RAPPEL DE VACCIN ANTITÉTANIQUE …………………………………………………………………….

Fournir copie du relevé de vaccinations

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT (accueil, garderie, cantine, TAP)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **TELEPHONE(S)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASSURANCES (Joindre l’attestation en cours)**

Nom de la compagnie d’assurance………………………………………………………………………………………………………

N° de police d’assurance …………………………………………………………………………………………………………………….

Responsabilité civile OUI  NON  INDIVIDUELLE ACCIDENT OUI  NON  

Quotient familial (fournir obligatoirement un justificatif récent)

**AUTORISATIONS DIVERSES**

** Père :**

Communication de mon adresse mail aux associations de parents d’élèves :

OUI  NON 

Autorisation donnée pour photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de la cantine ou du CL

OUI  NON 

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES ………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

** Mère :**

Communication de mon adresse mail aux associations de parents d’élèves :

OUI  NON 

Autorisation donnée pour photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de la cantine ou du CL

OUI  NON 

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES ………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Je certifie l’exactitude des renseignements fournis ci-dessus.
* Je m’engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.
* Je m’engage à fournir dans le sac de mon enfant de maternelle **2** **serviettes en tissu par semaine, marquées à son nom,** adaptées pour les repas à la cantine qui vous seront rendues le vendredi soir au plus tard ou avant si trop sales.
* Les élèves de l’élémentaire qui le souhaitent disposeront d’un casier individuel numéroté, prévu pour y déposer leur serviette.

**Date et Signature parent 1** **Date et Signature parent 2**