

PERISCOLAIRE - TAP & RESTAURANT SCOLAIRE

DE LAVAU SUR LOIRE

Fiche de renseignements et d'urgence

Année Scolaire 2017 /2018

NOM de l'enfant	Prénom.....
Date & lieu de naissance.....	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Classe	Nom de l'enseignant(e)

Nom, prénom du (des) responsables(s) légal (légaux)....	Nom, prénom du (des) responsables(s) légal (légaux)....
Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Adresse courriel :	Adresse courriel :
Situation familiale : Célibataires <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Divorcés/séparés* <input type="checkbox"/>	
*En cas de divorce, l'autorité parentale est-elle exercée en commun ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<i>(L'autorité parentale est exercée en commun tant qu'une décision de justice n'a déchu un des deux parents de ses droits sur l'enfant. Si tel est le cas, une photocopie du document officiel doit nous être transmise)</i>	
Nom & adresse de l'employeur :	Nom & adresse de l'employeur :
.....
.....
N° de téléphone :	N° de téléphone :

Nom et prénom de l'allocataire (CAF MSA ou autre) :	N° d'allocataire :
--	--------------------------

Frère(s) et/ou sœur(s) fréquentant l'école	Nom /Prénom	Année de naissance
.....
.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à l'accueil périscolaire et aux TAPs :		
.....		
.....		
.....		
L'enfant est-il autorisé à partir seul après les TAPs :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



Régime alimentaire : tous aliments sans porc

Est-il allergique à certains aliments ? Oui Non

Si oui, quels aliments lui sont interdits ?.....

Dans ce cas, fournir un certificat médical de l'allergologue. A défaut de non présentation d'un certificat médical, l'enfant ne pourra être admis au restaurant scolaire.

Personne à joindre en cas de nécessité si les parents sont absents (téléphone indispensable)

M..... Qualité..... Téléphone.....

M..... Qualité..... Téléphone.....

Nom du Médecin traitant : Téléphone

Adresse :

Je soussigné..... responsable légale de l'enfant autorise le responsable du restaurant scolaire, ou du TAP, ou de l'accueil périscolaire, à prendre en cas de maladie ou d'accident toutes les mesures d'urgence.

Date : Signature :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre,.....).....

.....

Assurances : Nom de la compagnie :

Numéro de police :

Le(s) responsable(s) de l'enfant désigné ci-dessus déclare(nt) exacts les renseignements portés sur la fiche. Il(s) s'engage(nt) à faire connaître au responsable de l'accueil périscolaire les modifications à venir concernant les renseignements donnés ci-dessus.

Date : Signature :

Le(s) responsable(s) de l'enfant désigné ci-dessus déclare(nt) avoir pris connaissance des règlements du restaurant scolaire, du périscolaire et des TAPs et s'engage(nt) à les respecter.

Date : Signature :