

## 2023-2024

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### ENFANT



N°

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon  fille

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Ecole d'ATTIGNAT : Publique  privée  -- EXT  Classe : \_\_\_\_\_

PAI : (Projet d'accueil individualisé) : oui\*  Ulis :(unité locale d'inclusion scolaire) :

#### FACTURATION

Je souhaite le prélèvement automatique pour le paiement des factures qui me sont adressées chaque mois

NON  OUI (**Joindre un RIB**) si vous souscrivez au prélèvement pour la première fois ou si vous avez changé de compte bancaire)

MERE  PERE  REPRESENTANT LEGAL

Autorité parentale oui  non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

TEL Fixe : \_\_\_\_\_ TEL Portable : \_\_\_\_\_

TEL Professionnel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MERE  PERE  REPRESENTANT LEGAL

Autorité parentale oui  non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

TEL Fixe : \_\_\_\_\_ TEL Portable : \_\_\_\_\_

Tel Professionnel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Percevez vous les Allocations Familiales  oui  non,

Si oui merci de remplir votre N° allocataire :  CAF  MSA  AUTRE

Important : quotient familial : -----€ (**fournir l'attestation délivrée par la CAF**)

2023-2024

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Fréquentera le RESTAURANT SCOLAIRE

Inscription individuel avec code d'accès : attignat.fr (3D -Ouest )

Veuillez choisir : Repas Standard  Repas sans viande  Repas sans porc 

Si votre enfant mange régulièrement au restaurant scolaire, **tous les jours ou certains jours fixes** (tous les lundis par exemple), **nous pouvons inscrire votre enfant à l'année**, vous gardez ensuite la possibilité de modifier ponctuellement la réservation d'un repas, par l'intermédiaire du site **attignat.fr** en utilisant votre code d'accès transmis par mail sur demande. Règlement intérieur : <http://attignat.fr>

(Si vous n'avez pas la possibilité de réserver sur internet avant 10 h30, merci de contacter la permanence de 9 h à 11 h au 04 74 25 95 30)

Cocher si besoin : **SEULEMENT POUR UNE INSCRIPTION A L'ANNEE**

MON ENFANT MANGERA AU RESTAURANT SCOLAIRE TOUS LES

LUNDIS MARDIS JEUDIS VENDREDIS **Pour le centre du mercredi**A l'année tous les MERCREDIS 

## Fréquentera le CENTRE DE LOISIRS des mercredis

Nous pouvons inscrire votre enfant à l'année par journée, demi- journée **avec** ou **sans repas**. Possibilité de modifier sur le même site **attignat.fr** / Règlement intérieur : <http://attignat.fr>

**INSCRIPTION A L'ANNEE** MON ENFANT SERA AU CENTRE DE LOISIRS DES MERCREDIS TOUS LES MATINS TOUS LES APRES MIDI TOUTE LA JOURNEE

## Car de Crangeat

Mon enfant prendra le car scolaire pour Crangeat **INSCRIPTION A L'ANNEE TOUS LES**LUNDIS MARDIS JEUDIS VENDREDIS

## 2023-2024

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### FICHE SANITAIRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : F  ou M  Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

#### **1 : Vaccinations** (Fournir une copie du carnet de vaccination)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication, (attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication)

#### **2: Renseignements médicaux**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		

#### **3 : Allergie**

PAI \* si oui, voir attestation d'allergie à remplir - lien sur le site attignat.fr ( pôle scolaire)

ALLERGIES					
Asthmes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cause de l'allergie et conduite à tenir :					

#### **4 : autres**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? :	
---	--

N°Police d'assurance : (Joindre attestation d'assurance).....Nom de la compagnie :.....

## 2023-2024

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné M. / Mme \_\_\_\_\_ Père-Mère-Tuteur légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

- Autorise la commune à réaliser et utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles mon enfant fréquentant le service de restauration scolaire, l'accueil périscolaire ou le centre du mercredi apparaît pour diffusion sur tout support (internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse).
- Autorise les responsables des structures à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**Autorise** les personnes dont les noms suivent à venir chercher mon enfant désigné ci-dessus.

NOM	PRENOM	TEL	EN QUALITE DE	urgences	sorties

M'engage à prévenir par écrit, au cas où nous demanderions à une personne non autorisée, de venir chercher notre enfant désigné ci-dessus à l'accueil périscolaire.

En fonction de la situation familiale : **Photocopie du dernier jugement** ou de l'ordonnance provisoire du juge des affaires familiales mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale et de la résidence habituelle de l'enfant pour les parents séparés ou divorcés.

- Déclare exacts les renseignements portés sur les fiches.
- Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur
- Accepte la fiche de bonne conduite (site attignat.fr) du restaurant scolaire, accueil périscolaire et centre de loisirs des mercredis.

**MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :**

- **L'attestation d'assurance de l'enfant**

- **L'attestation de la caf**

- **Un RIB (relevé d'identité bancaire)**

- **La copie du carnet de vaccination** -PAI : (Projet d'accueil individualisé si besoin)

A Attignat ; le .....

Signature des parents :

Autre responsable :