

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

A remplir OBLIGATOIREMENT par les utilisateurs du restaurant scolaire

Sans le retour de cette fiche complétée, les inscriptions ne seront pas prises en compte

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE OU LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

	<u>PÈRE</u>	<u>MÈRE</u>	<u>TUTEUR</u>
Nom			
Prénom			
Adresse			
Tél Domicile			
Tél Portable			
Tél Professionnel			
Adresse mail			

Personne à contacter en cas d'absence des parents :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES ENFANTS

<u>Nom de l'enfant</u>	<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Classe fréquentée</u>	<u>Régime spécial</u>	<u>Allergies alimentaires</u>
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rappel : pour les allergies alimentaires, un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) est nécessaire (renseignements à la mairie).

Nom et adresse du médecin traitant :

Je soussigné Mme/M....., représentant légal :

- autorise la municipalité de Pontmain à prendre toutes les mesures en cas d'accident (hospitalisation, transfusion...) nécessaire au soin de(s) l'enfant(s),
- déclare avoir reçu, lu et approuvé le règlement intérieur du restaurant scolaire, et, nous nous engageons à les faire respecter par notre ou nos enfant(s).

Signature du responsable légal :

Le