

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Renseignements concernant l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : DP Ext

Adresse de l'enfant :

Problème médical à signaler :

	Père	Mère
Nom – Prénom		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Téléphone portable		
Mail		
<u>Ressortissant MSA</u> Si oui, N° :		

Souhaitez-vous recevoir vos factures des services périscolaires par mail ? OUI NON

Si oui, sur quelle adresse mail :

~~~~~

## RESTAURANT SCOLAIRE

### RAPPEL

en cas d'absence non prévenue au **02.96.31.97.95** avant 8h45, le repas sera facturé

Afin de prévoir les commandes, merci d'indiquer les jours de présence à la semaine de votre enfant :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Observations : .....

Allergie ou régime alimentaire (avec avis médical) à signaler : .....

Souhaitez-vous recevoir le menu du restaurant scolaire par mail ? OUI  NON

Si oui, sur quelle adresse mail :

# ACCUEIL PERISCOLAIRE

**Horaires** : 7h30 – 8h30 / 16h30 – 18h30

## RAPPEL

Merci de prévenir pour tout retard au **02.96.31.46.75**

Nous devons prévoir le personnel suffisant pour l'encadrement des enfants matin et soir.  
Pour le soir, les goûters doivent également être prévus en nombre suffisant.

Merci d'indiquer les jours de présence à la semaine de votre enfant :

- **Lundi** : Matin

Après Midi

- **Mardi** : Matin

Après Midi

- **Jeudi** : Matin

Après Midi

- **Vendredi** : Matin

Après Midi

Autorisez-vous votre enfant à sortir seul ? OUI  NON

Si oui, indiquez le jour et l'heure ? .....

### **Personnes autorisées à reprendre l'enfant :**

| Nom - Prénom | Téléphone portable | Nom - Prénom | Téléphone portable |
|--------------|--------------------|--------------|--------------------|
|              |                    |              |                    |
|              |                    |              |                    |