

SERVICE AUX FAMILLES

Fiche de renseignements obligatoires pour l'accès à la restauration et aux accueils péri et extra scolaires.

Cette fiche est valable toute la scolarité

ENFANT	Identifiant Enfant						
Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance :							
À la rentrée 2021/ 2022							
Nom de l'école							
RESPONSABLE LÉGAL	Identifiant Famille						
Responsable légal 1	Responsable légal 2						
Le responsable légal 1 est le destinataire des factures et des courriers.							
Père Mère Autre (précisez):	Père Mère Autre (précisez):						
Nom:	Nom:						
Nom de naissance :	Nom de naissance :						
Prénom :	Prénom:						
Né(e) le : / à :	Né(e) le : /						
Adresse:	Adresse:						
CP:	CP:						
Commune:	Commune :						
Tél. domicile :	Tél. domicile :						
Tél. portable :	Tél. portable :						
Courriel: @	Courriel: @						
Profession:	Profession:						
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur :						
Adresse de l'employeur :	Adresse de l'employeur :						
Tél. travail :	Tél. travail :						
ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (Obligatoire)							
Nom de l'assureur : Numéro de contrat :							
CAF							
Numéro allocataire CAF de la Haute-Garonne :							
« J'autorise le Muretain Agglo à recueillir des informations me concernant auprès de ma Caf, dont mes res							
sources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches » Oui: Non:							

A défaut, joindre la photocopie intégrale de votre dernier avis d'imposition. En l'absence de justificatif de revenu, c'est le quotient familial le plus haut qui sera retenu.

CHOIX DES	MENUS _							
Menu sans viande	Oui: 🗌	Non:	Attention, ce choi	x est valable p	our toute l'anı	née scolaire.		
VACCIN								
Je soussigné atteste que mon enfant : né avant 2019 est vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, Oui: Non: Non: la poliomyélite, : né après 2019 est vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'haemophilus influenza b, l'hépatite B, la méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole,								
les oreillons, la rubéole., Oui: Non: Non:								
MÉDICAL								
Nom du médecin : Téléphone :								
- Votre enfant souffre t'il d'une pathologie en lien avec l'alimentation (allergie alimentaire, trouble de l'oralité, maladie cœliaque, diabète ou autre)? - Votre enfant souffre t'il d'une autre pathologie (allergie autre que alimentaire, asthme, épilepsie, ou autre)? Oui: Non:								
Si vous répondez OUI à l'une des questions précédentes ou deux, merci de consulter le règlement intérieur et de prendre rendez vous avec le directeur de l'école pour faire établir le Projet d'Accueil Individualisé (PAI). ACCUEIL POUR TOUS (HANDICAP)								
Votre enfant a t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui: Non: Si oui, percevez-vous pour votre enfant l'Allocation Éducation Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui: Non:								
Si oui, joindre la co								
			L'ENFANT, EN P	LUS DES RES	SPONSABLES	ELEGAUX		
Minimum: 1 person	Lien de	ım : 4 personnes						
prénom	parenté	Adre	esse	Tél. domicile	Tél. portable	Tél. travail		
Seul un enfant de plu obligatoire (à joindre			fant avec une auto	risation parental	e dûment daté	e et signée est		
Si vous souhaitez que votre enfant de plus de 6 ans quitte seul la structure enfance, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche).								
Nous soussignés,responsables légaux de l'enfant								
- certifions avoir pri - autorisons le response de l' - nous engageons - certifions que not connaissance de l' - autorisons le response de l' - autorisons sur l'élement de l' - autorisons le response de l' - donnons notre co dans le cadre de relection de l' - le cas contraire, no notre refus. - attestons sur l'hor portés par ce form	re eniani esi co 'intérêt à sousci onsable de la st que les référen- onsentement, so eportages, d'ar ous nous engag nneur être titulai	paveri par une as ire un contrat d' ructure, en cas c ces de notre assi ins limitation de c ticles portant sur eons à joindre à	ssurance responsa assurance de pers d'incident implique urance au tiers lés durée à la diffusior les animations ré cette fiche une a	ibilile Civile nor sonnes couvra ant notre enfa é sur sa demai n de l'image d alisées dans les ttestation écrit	s temps scolai nt les dommaç nt, à commun nde, e notre enfant s différentes str e, datée et sig	re et avoir pris ges corporels, iquer nos t, à titre gratuit, uctures. Dans gnée, précisant		
Fait à,	le		Darnans	Signo able légal 1	atures Pespon	sable légal 2		
			kespons	unie iegal I	keshol.	isable legal z		