



## Communauté de Communes MEUSE ROGNON

### Fiche de renseignements par enfant

Ecole : GRAFFIGNY

Année scolaire 2018-2019

Document à rendre à Mme Maryline COLLOM ou Mme Marie-France VEUILLIER

**Nom et Prénom de l'enfant :** ..... Classe : .....

Date de naissance : .../.../.... Adresse : .....

#### **Responsables légaux :**

Nom, Prénom du père ou du responsable légal : .....

N° de téléphone : ..... N° Professionnel : .....

Adresse perso : .....

Adresse pro : .....

Mail : .....@ .....

Nom, Prénom de la mère ou du responsable légal : .....

N° de téléphone : ..... N° Professionnel : .....

Adresse perso : .....

Adresse pro : .....

Mail : .....@ .....

#### **En cas d'urgence :**

Coordonnées des autres personnes majeures à prévenir, ou autorisées à récupérer l'enfant, si le représentant légal ne peut être joint :

Nom, Prénoms : ..... N° de téléphone : .....

Nom, Prénoms : ..... N° de téléphone : .....

Nom, Prénoms : ..... N° de téléphone : .....

#### **Informations médicales :**

Médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Centre hospitalier où doit être conduit l'enfant si besoin : .....

Observations particulières (traitement médical, port de lunettes, prothèses dentaires, asthme, allergies....) :

.....

.....

#### **Le droit à l'image :**

Dans le cadre de nos activités, des photographies ou des vidéos peuvent être prises par l'équipe d'encadrement en vue de promouvoir les activités. Nous sollicitons donc votre autorisation pour les diffuser dans les locaux, dans la presse ou sur des flyers de présentation.

☐

J'autorise

☐

Je n'autorise pas



**Inscription cantine (4€ le repas, tarif unique) :** ☐ OUI ☐ NON

☐ Inscription annuelle obligatoire toute l'année scolaire.  
Les jours suivants : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Veuillez indiquer ci-dessous le régime alimentaire, les allergies ou autre de votre enfant :

.....  
.....  
.....

**ATTENTION** : Les aliments que votre enfant ne peut pas manger ne seront pas remplacés lors du repas, sauf mise en place d'un PAI.

**Facturation** : ☐ Père ☐ Mère ☐ Représentant légal Nom : .....

☐ Facturation alternée

Si facturation alternée, précisez (semaines paires, impaires, un mois sur deux...) : .....

.....

**Inscription garderie périscolaire :** ☐ OUI ☐ NON

Horaires matin :

Horaires après-midi :

MATIN : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

APRES-MIDI : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

**Régime CAF** ☐

**Régime MSA** ☐

Merci de nous fournir une attestation CAF ou MSA avec votre \*Quotient Familial de moins de 2 mois à joindre obligatoirement. Le cas échéant, le tarif le plus élevé vous sera facturé.

**ATTENTION** : Cette attestation sera à donner pour la rentrée de septembre 2018

\***QF** : De 0 à 500 : 1,2€ de l'heure

De 501 à 700 : 1,5€ de l'heure

A partir de 701 (ou sans QF) : 2€ de l'heure

Je soussigné(e) : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ....., le .....

Signature(s) du ou des représentant(s) légaux :