



Fiche de renseignements - Accueil périscolaire - restauration scolaire

Mairie de Saint Romain en Gal - Tél : 04.74.31.43.80

NOM et Prénom de l'enfant : Classe :
Né le : à : Département :

RESPONSABLE LEGAL (E) OU PARENT 1

NOM Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe ou mobile : Professionnel :
Email :
Assurance de l'enfant N° Assurance de l'enfant

Justificatif obligatoire pour le périscolaire au plus tard la première semaine de la rentrée

CONJOINT (E) OU PARENT 2

NOM Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe ou mobile : Professionnel :
Email :
Autorité parentale : ☐ oui ☐ non

Nom et adresse pour l'envoi des factures

.....
.....

Le règlement se fera en priorité via le portail famille, ou bien par chèque / espèces

Personnes MAJEURES à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant

NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

1. ACCUEIL PERISCOLAIRE (Garderie)

Votre enfant fréquentera-t-il l'accueil périscolaire : ☐ OUI ☐ NON ☐ occasionnellement
(si oui, merci de cocher les jours de présence)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ lundi | ☐ mardi | ☐ jeudi | ☐ vendredi |
| ☐ Matin 7H-8H20 | ☐ Matin 7H-8H20 | ☐ Matin 7H-8H20 | ☐ Matin 7H-8H20 |
| ☐ Soir 16H30-18H15 | ☐ Soir 16H30-18H15 | ☐ Soir 16H30-18H15 | ☐ Soir 16H30-18H15 |

2. RESTAURANT SCOLAIRE

- ☐ Votre enfant ne sera jamais présent au Restaurant Scolaire
- ☐ Votre enfant sera présent toute l'année, merci de cochez les cases de votre choix
- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ lundi | ☐ mardi | ☐ jeudi | ☐ vendredi |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
- ☐ Votre enfant sera présent occasionnellement selon les jours de votre choix, en réservation hebdomadaire
(réservation le mardi avant midi précédant la réservation)
- Inscriptions via le site Internet : <https://saintromainengal.fr>, rubrique "Enfance et Jeunesse" "Portail Famille"
ou par mail à restaurantscolaire@saintromainengal.fr
- ☐ Votre enfant a un régime alimentaire particulier (allergie) - joindre PAI du médecin
- ☐ Votre enfant ne mange pas de porc

3. AUTORISATIONS

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| Autorisation de faire du sport | ☐ OUI | ☐ NON | |
| Photographier/filmer (communication interne Mairie) | ☐ OUI | ☐ NON | |
| Rentrer seul | ☐ OUI | ☐ NON | |
| Hospitalisation | ☐ OUI | ☐ NON | |
| Votre enfant porte | ☐ des lunettes | ☐ un appareil dentaire | ☐ un appareil auditif |

4. REGLEMENTS INTERIEURS

Je déclare avoir reçu le règlement intérieur du restaurant scolaire et de la garderie périscolaire et en avoir pris connaissance.

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Je soussigné _____ autorise les responsables de l'Accueil Périscolaire à prendre, en cas de maladie ou accident, les dispositions nécessaires.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la feuille.

Fait à _____ le _____ Signature précédée de la mention "lu et approuvé"