

Mairie
6 rue de la Gare
44690 LA HAYE-FOUASSIÈRE
Tél : 02 40 54 80 23
Mail : accueil.mairie@la-haye-fouassiere.fr

À retourner à la mairie
au plus tard le **5/07/2025**

PARENTS

REPRESENTANT 1 : Mme M.

NOM : _____ **PRENOM** : _____

Adresse : _____

N° Mobile : _____

Courriel : _____ N° Employeur : _____

Payeur Principal **Payeur Solidaire**

À contacter en cas d'urgence

REPRESENTANT 2 : Mme M.

NOM : _____ **PRENOM** : _____

Adresse (si différente) : _____

N° Mobile : _____

Courriel : _____ N° Employeur : _____

Payeur Principal **Payeur Solidaire**

À contacter en cas d'urgence

SITUATION FAMILIALE à compléter : _____

RÉGIME (à compléter obligatoirement)

CAF Quotient familial au 1^{er} janvier 2025 : _____

MSA (fournir une attestation sur laquelle figure le quotient familial)

Nom de l'allocataire : _____ N° allocataire : _____

Nous vous informons que la Caisse d'Allocations Familiales met à notre disposition un service internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.



Si vous n'êtes pas allocataire CAF ou MSA, merci de contacter la mairie.

ENFANT 1

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Classe en 2022-2023 : _____

Allergies : _____

Régime alimentaire : _____

RESTAURANT

- Le Petit Prince (école maternelle)
 Charles Gifard (école élémentaire)

INSCRIPTIONS (sous réserve du respect du règlement intérieur joint en annexe)

- Lundi
 Mardi
 Jeudi
 Vendredi

OU

 Occasionnel (prévenir le restaurant scolaire) : un jour de temps en temps

OU

 Planning (prévenir le restaurant scolaire) : merci de fournir le planning dans les meilleurs délais, au moins une semaine avant.**ENFANT 2**

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Classe en 2022-2023 : _____

Allergies : _____

Régime alimentaire : _____

RESTAURANT

- Le Petit Prince (école maternelle)
 Charles Gifard (école élémentaire)

INSCRIPTIONS (sous réserve du respect du règlement intérieur joint en annexe)

- Lundi
 Mardi
 Jeudi
 Vendredi

OU

 Occasionnel (prévenir le restaurant scolaire) : un jour de temps en temps

OU

 Planning (prévenir le restaurant scolaire) : merci de fournir le planning dans les meilleurs délais, au moins une semaine avant.**ENFANT 3**

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Classe en 2022-2023 : _____

Allergies : _____

Régime alimentaire : _____

RESTAURANT

- Le Petit Prince (école maternelle)
 Charles Gifard (école élémentaire)

INSCRIPTIONS (sous réserve du respect du règlement intérieur joint en annexe)

- Lundi
 Mardi
 Jeudi
 Vendredi

OU

 Occasionnel (prévenir le restaurant scolaire) : un jour de temps en temps

OU

 Planning (prévenir le restaurant scolaire) : merci de fournir le planning dans les meilleurs délais, au moins une semaine avant.**DROIT À L'IMAGE**

J'autorise le personnel municipal à photographier mon (mes) enfant(s) pour utilisation sur les supports de communication de la commune (magazine municipal, site internet...)¹

¹ En cas de désaccord, le signaler par écrit en mairie.

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE MON (MES) ENFANT(S)**1 NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

N° Domicile : _____ N° Mobile : _____

Courriel : _____ Lien³ : _____**2 NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

N° Domicile : _____ N° Mobile : _____

Courriel : _____ Lien³ : _____**3 NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

N° Domicile : _____ N° Mobile : _____

Courriel : _____ Lien² : _____**EN CAS D'URGENCE****NOM du médecin traitant :** _____ **N° de téléphone :** _____

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant, autorise les différents responsables de services à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la restauration scolaire joint en annexe.

Fait à _____, le _____.

Signature du représentant légal :

² Préciser s'il s'agit d'une personne mineure.