

Mairie  
6 rue de la Gare  
44690 LA HAYE-FOUASSIÈRE  
Tél : 02 40 54 80 23  
Mail : [accueil.mairie@la-haye-fouassiere.fr](mailto: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<sup>er</sup> 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...)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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 : \_\_\_\_\_ Lien<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_**② NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Domicile : \_\_\_\_\_ N° Mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Lien<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_**③ NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Domicile : \_\_\_\_\_ N° Mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Lien<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_**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 :

<sup>2</sup> Préciser s'il s'agit d'une personne mineure.