



NOM DE FAMILLE : .....

Mairie de  
SAINT VINCENT DES LANDES

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS RESTAURATION SCOLAIRE 2026-2027

Uniquement pour les nouvelles familles : l  
es renseignements sont obligatoires et doivent être déposés en Mairie pour le vendredi 3 juillet 2025

| RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA FAMILLE ( merci de nous informer en cas de changement dans l'année) |                                                                                                                                                                                                                        |                |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| PARENT 1                                                                                        | NOM – Prénom                                                                                                                                                                                                           |                | Tél portable :      |
|                                                                                                 | Adresse                                                                                                                                                                                                                |                | Tél travail :       |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                        |                | Mail :              |
|                                                                                                 | N° Sécurité sociale :                                                                                                                                                                                                  |                | Date de naissance : |
| PARENT 2                                                                                        | NOM – Prénom                                                                                                                                                                                                           |                | Tél portable :      |
|                                                                                                 | Adresse                                                                                                                                                                                                                |                | Tél travail :       |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                        |                | Mail :              |
|                                                                                                 | N° Sécurité sociale :                                                                                                                                                                                                  |                | Date de naissance : |
| SITUATION FAMILIALE                                                                             | <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) |                |                     |
| MEDECIN TRAITANT                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        | Tél. Médecin : |                     |
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                        | Commune :      |                     |
| AUTRE PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :                                                    | Nom : <span style="float:right">Tél :</span><br>Lien de parenté :                                                                                                                                                      |                |                     |

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE 1 <sup>er</sup> ENFANT       |             |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOM - Prénom :                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                    | DATE DE NAISSANCE                                                                 |
| CLASSE De l'année prochaine                               | Maternelle  | <input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS                                                                                                                   | ECOLE : <input type="checkbox"/> Lucie Aubrac <input type="checkbox"/> Notre Dame |
|                                                           | Elémentaire | <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2                                                                                    |                                                                                   |
| N° CAF ou MSA : (obligatoire)                             |             |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |
| ALLERGIE ET INTOLÉRANCE ALIMENTAIRES OU RÉGIME DIÉTÉTIQUE |             | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si oui compléter un formulaire PAI (Projet d'Accueil Individualisé) à retirer en Mairie, dans ce cas seulement possibilité pour la famille de fournir un panier repas |                                                                                   |
| Informations à préciser :                                 |             | DATE DU PAI : _____                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE 2 <sup>ème</sup> ENFANT      |             |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOM - Prénom :                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                    | DATE DE NAISSANCE                                                                 |
| CLASSE De l'année prochaine                               | Maternelle  | <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS                                                                                                                                                | ECOLE : <input type="checkbox"/> Lucie Aubrac <input type="checkbox"/> Notre Dame |
|                                                           | Elémentaire | <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2                                                                                    |                                                                                   |
| N° CAF ou MSA : (obligatoire)                             |             |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |
| ALLERGIE ET INTOLÉRANCE ALIMENTAIRES OU RÉGIME DIÉTÉTIQUE |             | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si oui compléter un formulaire PAI (Projet d'Accueil Individualisé) à retirer en Mairie, dans ce cas seulement possibilité pour la famille de fournir un panier repas |                                                                                   |
| Informations à préciser :                                 |             | DATE DU PAI : _____                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |

Tél : 02-40-55-38-29 - Mail : [info@mairie-stvincentdeslandes.fr](mailto:info@mairie-stvincentdeslandes.fr)

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE 3 <sup>ème</sup> ENFANT            |             |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOM - Prénom :                                                  |             |                                                                                                                                                                                                                                       | DATE DE NAISSANCE                                                                 |
| CLASSE<br>De l'année<br>prochaine                               | Maternelle  | <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS                                                                                                                                                   | ECOLE : <input type="checkbox"/> Lucie Aubrac <input type="checkbox"/> Notre Dame |
|                                                                 | Elémentaire | <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2                                                                                       |                                                                                   |
| N° CAF ou MSA : (obligatoire)                                   |             |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                   |
| ALLERGIE ET INTOLÉRANCE<br>ALIMENTAIRES<br>OU RÉGIME DIÉTÉTIQUE |             | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si oui compléter un formulaire PAI (Projet d'Accueil Individualisé) à retirer en Mairie,<br>dans ce cas seulement possibilité pour la famille de fournir un panier repas |                                                                                   |
| Informations à préciser :                                       |             | DATE DU PAI : _____                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |

### AUTORISATIONS PARENTALES

- ⇒ **ACCORD DE LA FAMILLE** pour le droit à l'image, uniquement pour les services de la cantine et de la mairie (bulletin municipal, site internet, panneau photo...) ☐ OUI ☐ NON
- ⇒ **ACCORD DE LA FAMILLE** pour autoriser le personnel responsable du service à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon ou mes enfants ... ☐ OUI ☐ NON

### MODE DE REGLEMENT

Afin de faciliter vos démarches, il vous est vivement conseillé de régler vos factures par prélèvement automatique.

#### AUTORISATION DE PRÉLEVÈMENT AUTOMATIQUE POUR LE RÈGLEMENT DES FACTURES :

☐ OUI ☐ NON

Dans ce cas, compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA, et joindre un RIB.

### SIGNATURES

Nous soussigné(s), Madame, Monsieur .....CERTIFIONS exact les informations portés sur ce dossier de renseignements.

⇒ Date et signature des parents ou responsable(s) légal(aux) :

Fait à ....., le .....

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| NOM :                                                      |
| PRENOM :                                                   |
| SIGNATURE :<br>(précédée de la mention « Lu et approuvé ») |

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| NOM :                                                      |
| PRENOM :                                                   |
| SIGNATURE :<br>(précédée de la mention « Lu et approuvé ») |