



Commune de BEAUJEU

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Famille _____

PARENTS AUTORISÉS à prendre en charge le ou les enfants

	Parent 1	Parent 2
Nom*		
Prénom*		
Téléphone fixe		
Téléphone portable*		
Email* (1 au minimum)		
Téléphone du travail		
Adresse postale*		

*Données indispensables

Veuillez signaler tous cas particuliers : _____

ENFANTS :

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom / prénom			
Sexe			
Date de naissance			
Classe			
Informations sanitaires	Pas de contre-indications ☐ Pas de viande ☐ Pas de porc ☐ Allergies ☐ si oui, précisez : _____ PAI : Panier repas ☐	Pas de contre-indications ☐ Pas de viande ☐ Pas de porc ☐ Allergies ☐ si oui, précisez : _____ PAI : Panier repas ☐	Pas de contre-indications ☐ Pas de viande ☐ Pas de porc ☐ Allergies ☐ si oui, précisez : _____ PAI : Panier repas ☐

• INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

Personnes (hors parents) autorisées à prendre en charge l'enfant ou les enfants :

Nom	Prénom	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Lien avec l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
					☐ OUI ☐ NON
					☐ OUI ☐ NON
					☐ OUI ☐ NON

Nom	Prénom	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Lien avec l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
					☐ OUI ☐ NON
					☐ OUI ☐ NON
					☐ OUI ☐ NON

En cas de changement de situation, veuillez informer la mairie. mairie@beaujeu.fr ou cantine@beaujeu.fr

Veuillez signaler tous cas particuliers : _____

AUTORISATIONS ET ASSURANCE :

► Autorisations :

En cas d'urgence, les parents ☐ autorisent ☐ n'autorisent pas le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires.

Les parents ☐ autorisent ☐ n'autorisent pas la diffusion et publication de photo ou de film concernant leur(s) enfant(s) (*bulletin municipal*).

► Assurance :

L'enfant est couvert par une ou des assurances :

☐ Responsabilité civile

☐ Individuelle accident

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

▲ Médecin Traitant : (*si différent pour les enfants, le préciser*)

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse postale : _____

Notes médicales / Recommandations des parents : (*difficultés alimentaires, port de lunettes, appareil dentaire...*)

▲ Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

☐ oui Pour l'enfant : Prénom: _____

Joindre les documents attestant du protocole à mettre en place pour l'enfant.

Date et Signature :