

## SERVICE ÉDUCATION - Ville de SAINT-GIRONS

Fiche de renseignements RESTAURATION SCOLAIRE – Année Scolaire 2024/2025

**A RETOURNER AVANT LE JEUDI 05 SEPTEMBRE 2024**

**AU SERVICE ÉDUCATION DE LA MAIRIE**

***(Cette fiche doit être remplie pour chaque enfant scolarisé sur la commune)***

**(A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)**

### **L'ENFANT :**

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe : garçon  fille

Adresse : .....

Téléphone du domicile : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe et nom de l'enseignant.....

### **LA FAMILLE :**

Nom Prénom du **Père** : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable du père : .....

Employeur du **Père** : ..... Téléphone du lieu de travail : .....

Nom Prénom de la **Mère** : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable de la mère : .....

Employeur de la **Mère** : ..... Téléphone du lieu de travail : .....

### **SITUATION FAMILIALE :**

Marié :  Vie Maritale :  Séparé\* :  Veuf (ve) :  Célibataire :  Divorcé\* :

**\*dans ce cas, joindre une copie du jugement affectant la garde au père et/ou à la mère ainsi que le planning de garde alternée en cas de facturation distincte.**

Nom et Prénom du **Responsable légal** : .....

Adresse : .....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone du lieu de travail : .....

Autorité parentale conjointe : oui  non

Numéro d'allocataire CAF ou MSA : .....

Caf de : (Département).....

**QUOTIENT FAMILIAL (Obligatoire) CAF ou MSA :** .....

### **MUTUELLE/ASSURANCE :**

L'enfant (ou son représentant légal) bénéficie-t-il d'une mutuelle ? oui  non

Si oui indiquez son nom : .....

Et son adresse : .....

** LES PARENTS DOIVENT OBLIGATOIREMENT FOURNIR L'ATTESTATION D'ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT EN COURS DE VALIDITE ET COUVRANT L'ENFANT.**

## **AUTORISATION DE SORTIE :**

Personnes habilitées à prendre en charge l'enfant (munies d'une pièce d'identité) :

Nom et Prénom : .....

En qualité de : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom et Prénom : .....

En qualité de : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom et Prénom : .....

En qualité de : ..... Numéro de téléphone : .....

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET SANITAIRES :**

Médecin de famille : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

- L'enfant est-il autorisé à manger de la viande? : OUI  NON  du porc ? : OUI  NON

- L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier, des allergies ? : OUI \*  : ..... NON

**La collectivité ne fournit pas de repas de substitution pour convenances personnelles (cf règlement)**

- L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI \*  NON

**\*si oui, fournir obligatoirement une copie du PAI actualisé qui doit être renouvelé chaque année.**

Afin de garantir la sécurité des enfants atteints d'allergies ou d'intolérances alimentaires faisant obligatoirement l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) co signé par la famille, le médecin, l'école, la Mairie et le responsable restauration, « la collectivité n'assurera pas de repas de substitution ».

Néanmoins, les enfants seront autorisés à manger dans les locaux de la cantine scolaire sous la responsabilité des animateurs. Les parents devront fournir un **panier repas complet** qui devra être déposé chaque matin à la cantine scolaire (pour les écoles du centre-ville) ou à une atsem pour l'école de Lédar. **Le repas ne sera pas facturé aux familles.**

**Les paniers repas ne sont autorisés que pour les enfants soumis à un PAI.**

**En cas de traitement d'urgence prévu par un PAI, la famille doit fournir une trousse au nom de l'enfant au personnel, avec les éventuels médicaments à administrer à l'élève en cas de crise.**

**La commune décline toute responsabilité dans le cas où un enfant allergique mangerait à la cantine sans signature d'un PAI, et qui aurait un problème lié à l'ingestion d'aliments interdits.**

Aucun médicament ne sera administré par le personnel d'encadrement en dehors des Protocoles d'Accueil Individualisé.

## **AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant (nom, prénom)

..... à participer à toutes les activités organisées pendant le temps de restauration. J'autorise en outre le (la) responsable à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, prévenir (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) :

.....

J'autorise la photographie et la vidéo de mon enfant lors du temps repas et la diffusion le cas échéant sur une parution municipale : OUI  NON

La commune décline toute responsabilité concernant les objets de valeur (bijoux, etc...) qui seraient détériorés, perdus ou volés.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à : ..... le : .....

**Signature :**

Père

Mère

Responsable Légal

**! ADRESSE MAIL OBLIGATOIRE POUR RÉCEPTION PAR LA FAMILLE DES FACTURES**

**CANTINE :** .....