

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS-ANNEE 2021-2022

RESTAURATION SCOLAIRE :

ACCUEIL PERISCOLAIRE / ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI :

pole.enfance@mionnay.fr ou 06 72 84 33 20

*A remplir obligatoirement par chaque nouvelle famille inscrivant un/des enfant(s) au service du Pôle Enfance / une seule fiche par famille*

*EN AUCUN CAS, les renseignements fournis l'année précédente ne seront réutilisés par la Mairie*

### ELEVE(S)

NOM et Prénoms : ..... Né(e) le : .....  
 NOM et Prénoms : ..... Né(e) le : .....  
 NOM et Prénoms : ..... Né(e) le : .....  
 NOM et Prénoms : ..... Né(e) le : .....

### PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL

**PERE** : (Nom et Prénom) :

**MERE** : (Nom et Prénom) :

Adresse : .....

Adresse : .....

Mail : .....@.....

Mail : .....@.....

N° CAF ou MSA : .....

N° CAF ou MSA : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone domicile : .....

Travail : ..... Portable : .....

Travail : ..... Portable : .....

**En cas de séparation, les parents peuvent demander une inscription et une facturation séparées : chacun d'eux doit remplir cette fiche de renseignements et compléter IMPÉRATIVEMENT le calendrier de leur garde alternée sur le « portail familles » accessible sur le site de la Mairie de Mionnay [www.mionnay.fr](http://www.mionnay.fr) dans la rubrique « Vivre à Mionnay/Pôle Enfance ».**

**AUTRE RESPONSABLE** : (personne qui a la charge effective de l'(des) enfant(s) autre que les parents)

Nom et Prénom.....

Lien avec l'/les enfant(s) .....

Adresse.....

Mail .....@.....

Téléphone domicile.....

Travail ..... Portable .....

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Nom de l'Agence : ..... Adresse : .....

N° de Tél : ..... N° de police : .....

**EN CAS D'ACCIDENT NECESSITANT UNE INTERVENTION URGENTE, NOUS SOUHAITONS QUE NOTRE/NOS ENFANTS SOI(EN)T TRANSPORTE(S) A L'HOPITAL :**

Selon avis des secours (\*) OUI  ou celui de votre choix  (indiquez lequel) .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT AUTRES QUE LES PARENTS**

Lien de parenté : ..... NOM et PRENOM : .....  
Téléphone domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON/MES ENFANT(S) EN MON ABSENCE**

NOM et Prénom .....Lien de parenté : .....  
Téléphone domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

NOM et Prénom .....Lien de parenté : .....  
Téléphone domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

NOM et Prénom .....Lien de parenté : .....  
Téléphone domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

NOM et Prénom .....Lien de parenté : .....  
Téléphone domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**ALIMENTATION** : Contre-indications médicales, allergies, régime, etc. :(\*) OUI  NON  Si oui, lesquels (en l'absence de renseignements, nous considérerons qu'il n'y a pas de particularité(s) alimentaire(s) pour cet/ ces enfant(s)).

.....  
.....  
.....

Si votre (vos) enfant(s) doi(ven)t bénéficier du tarif « sans repas avec PAI » vous devez impérativement fournir le PAI justifiant ce choix.

**Nous certifions sur l'honneur :**

- l'exactitude des renseignements ci-dessus
- avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pôle, que je conserve et m'engage à le respecter
- autorise la structure à consulter la cdap
- Autorise la structure à archiver des éléments administratifs

**Date :**

**Signatures obligatoires précédées de la mention « lu et approuvé » :**

Père

Enfant

Mère

Autre responsable légal

