

FICHE FAMILIALE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS

RESTAURANT SCOLAIRE

(à remplir une fois par an sauf changement au cours de l'année)

Association de :

ANNEE 20 /20

Informations sur les parents																																																																
Parent 1* (P1)	Parent 2* (P2)																																																															
<small>*Le Parent 1 est le parent qui a ouvert le dossier d'allocations auprès de la CAF ou de la MSA.</small>																																																																
Situation de famille	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e)s <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Vie maritale <input type="radio"/> Séparé(e) / Divorcé(e) <input type="radio"/> Pacsé(e)s																																																															
Civilité	<input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur																																																															
Nom																																																																
Prénom																																																																
Date de naissance																																																																
Adresse	Code Postal : Ville :																																																															
Adresse Email :																																																																
Tél. Fixe :																																																																
Tél. Portable :																																																																
Tél. Travail :																																																																
Situation Professionnelle	<table border="0"> <tr> <td>P1</td><td>P2</td><td></td><td>P1</td><td>P2</td><td></td><td>P1</td><td>P2</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Parent au foyer</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Fonctionnaire territorial</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Etudiant</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Demandeur d'emploi</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Employé</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Fonctionnaire d'état</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Profession libérale</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Commerçant</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Fonctionnaire hospitalier</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Salarié agricole</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Retraité</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Artisan</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Ouvrier</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Cadre</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Chef d'entreprise</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Enseignant</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>Exploitant agricole</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	P1	P2		P1	P2		P1	P2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parent au foyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fonctionnaire territorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Etudiant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Demandeur d'emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fonctionnaire d'état	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Profession libérale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commerçant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fonctionnaire hospitalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salarié agricole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Retraité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artisan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ouvrier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cadre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chef d'entreprise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enseignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exploitant agricole			
P1	P2		P1	P2		P1	P2																																																									
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parent au foyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fonctionnaire territorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Etudiant																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Demandeur d'emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fonctionnaire d'état																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Profession libérale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commerçant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fonctionnaire hospitalier																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salarié agricole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Retraité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artisan																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ouvrier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cadre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chef d'entreprise																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enseignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exploitant agricole																																																											
Employeur																																																																

A remplir uniquement sur demande du restaurant scolaire

REGIME du RESPONSABLE	Régime général <input type="radio"/>	Régime agricole <input type="radio"/>
N° allocataire CAF : <small>(Vendée)</small>	N° allocataire MSA : <small>(Loire-Atlantique / Vendée)</small>	
Quotient familial :		
Si vous n'êtes pas allocataire CAF Vendée ou allocataire MSA Loire-Atlantique/Vendée, cochez la case suivante : <input type="checkbox"/>		

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	<input type="radio"/> Régulier	<input type="radio"/> Occasionnel			
	Date de naissance :	Sexe :	Lu	Ma	Me	Je	Ve
	Ecole :	Classe 2016/2017 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	<input type="radio"/> Régulier	<input type="radio"/> Occasionnel			
	Date de naissance :	Sexe :	Lu	Ma	Me	Je	Ve
	Ecole :	Classe 2016/2017 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	<input type="radio"/> Régulier	<input type="radio"/> Occasionnel			
	Date de naissance :	Sexe :	Lu	Ma	Me	Je	Ve
	Ecole :	Classe 2016/2017 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type règlement	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Prélèvement	<input type="radio"/> Autres
----------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

ADHESION	Adhérez à votre association Famille Rurales !
En adhérant à l'association Familles Rurales de ma commune, je soutiens les bénévoles qui créent et font fonctionner au quotidien les services dont j'ai besoin, pour moi-même et/ou mes enfants : je reconnais ainsi l'investissement, l'énergie qu'ils y consacrent dans le but d'améliorer le cadre de vie des habitants et de dynamiser la vie locale.	

Je déclare :

(Cochez les cases suivantes)

- Avoir lu et accepté le règlement intérieur.
- Avoir signalé à l'association toutes allergies alimentaires ou/ou régimes particulier concernant mes enfants

Fait le :

Signature

Conformément à la loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification, aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Fédération Départementale Familles Rurales 119 Bd des Etats Unis 85000 La Roche sur Yon.

FICHE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Nom et Prénom du représentant légal :

Adresse postale :

Adresse électronique :@.....

Tel. Domicile :/...../...../.....

Tel. Travail papa :/...../...../.....

Tel. Travail maman :/...../...../.....

Tel. Portable papa :/...../...../.....

Tel. Portable maman :/...../...../.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail papa :

Nom et adresse de l'entreprise de travail maman :

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme : Tel. :/...../...../.....

2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :

Adresse :

Tel. du cabinet :

3 – SECURITE SOCIALE

N° de SS : Adresse du centre payeur :

4 – VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

5 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES.... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

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

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



COUPON Serviette
Restaurant Scolaire 2016/2017
(*Enfants de maternelles*)



Nom et prénom du responsable :

Nom et prénom de(ou des) enfant(s) :

Règlement : Chèque

Espèces

Fait à,
le

Signature(s)

