

Mairie de Limont-Fontaine

La place

59330 LIMONT-FONTAINE

Tél mairie. 03.27.67.82.82

Tél cantine. 03.27.68.64.54

cantine.garderie.limontfontaine@gmail.com



DOSSIER ADMINISTRATIF

CANTINE/GARDERIE

**Nom de l’enfant** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom de l’enfant** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Sexe** : Féminin [ ]  Masculin [ ]  **Lieu de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUATION FAMILIALE :**Mariés [ ]  Célibataire [ ]  Pacsés [ ]  Divorcés\* [ ]  Séparés\* [ ]  veuf/ veuve [ ] **MODE DE GARDE \* :** garde exclusive (personne 1 ) [ ]  garde alternée [ ] **\* En cas de séparation merci de fournir le jugement de divorce ou la convention homologuées auprès du juge aux affaires familiales relatif à l'exercice de l'autorité parentale , de la résidence de l'enfant et du mode de garde**

|  |  |
| --- | --- |
|  | COMPOSITION DU FOYER |
|  | **Informations personne 1** | **Informations personne 2** |
|  | Père [ ]  Mère [ ] Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Père [ ]  Mère [ ] Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom - prénom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **N°allocataire CAF** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse de l’enfant [ ]  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse de l’enfant[ ]  |
| **Email**  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tél domicile / portable** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tél professionnel** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom employeur** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tél employeur** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Personnes autorisées à venir chercher l’enfant et à prévenir en cas d’urgence |
| **Nom - prénom** | **Qualité (oncle, tante, grand-père…)** | **Téléphone** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

 |

**REGIME ALIMENTAIRE / ALLERGIES / RECOMMANDATIONS MEDICALES**

Il existe 2 types de projets d'accueil individualisés, le **P.A.I. alimentaire** et le **P.A.I. lié à un problème de santé** (asthme, convulsions, reflux…).

Dans tous les cas, il appartient aux familles de solliciter le Directeur de l'école qui informera le Médecin Scolaire pour la mise en place de ce dispositif et d’en informer les services municipaux.

**TYPE DE REPAS :** Standard [ ]  Sans viande [ ]  sans porc [ ]

P.A.I [ ]  à préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*En cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra être accueilli à la cantine qu'après la mise en place d'un P.A.I*

**INFORMATIONS MEDICALES :**

P.A.I [ ]  à préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

P.P.S OU A.E.E.H [ ]

*Si l'enfant est accepté dans le cadre d'un PAI, Projet Personnalisé de Scolarisation ou qu'il bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé, un entretien avec le responsable du service conditionnera son inscription dans nos structures*

Médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**INFORMATIONS REGLEMENTAIRES**

Je soussigné (e ) Madame ou Monsieur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

agissant en qualité de Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  atteste l’exactitude des renseignements de la présente fiche et m’engage à informer la mairie de tout changement la concernant

[ ]  autorise la mairie ou la presse locale à photographier votre enfant pendant les activités de cantine et/ou de garderie proposées par la commune, à les publier sur le bulletin communal, les journaux locaux, sie internet et facebook de la mairie.

[ ]  atteste avoir pris connaissance, accepter et me conformer aux règlements intérieurs :de la cantine / de la garderie

 A Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.\_, le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature** :

