



Restaurant Municipal Scolaire

03.29.62.59.08

E-Mail :

[rms@remiremont.fr](mailto:rms@remiremont.fr)

## FICHE FAMILLE ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Accueil Service Minimum Personnel Soignant

#### INSCRIPTION PÉRIODE SCOLAIRE

**PLANNING PRÉVISIONNEL D'ACCUEIL : (Merci de bien renseigner les heures prévisionnelles d'arrivée et de départ de l'enfant)**

	Sam. 25/04	Dim. 26/04	Lun. 27/04	Mar. 28/04	Mer. 29/04	Jeu. 30/04	Ven. 01/05	Sam. 02/05	Dim. 03/05
Heure arrivée									
Repas (O/N)									
Heure départ									

**Fournir attestation de l'employeur obligatoirement (attestation dérogatoire professionnelle, fiche de salaire, etc.)**

#### RENSEIGNEMENTS FAMILLE

NOM DE L'ENFANT ..... PRÉNOM..... ECOLE.....

DATE DE NAISSANCE..... LIEU DE NAISSANCE..... CLASSE/NIVEAU.....

#### Parents ou Représentant légal

PÈRE	MÈRE
NOM-PRÉNOM : .....	NOM-PRÉNOM : .....
ADRESSE : ..... .....	ADRESSE : ..... .....
EMPLOYEUR : .....	EMPLOYEUR.....
TEL DOMICILE.....	TEL DOMICILE.....
TEL MOBILE : .....	TEL MOBILE : .....
TEL PROFESSIONNEL : .....	TEL PROFESSIONNEL : .....
E-MAIL .....	E-MAIL .....

## INFORMATIONS MÉDICALES

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : ..... TEL : .....

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (rappel tous les 5 ans) : .....

Régime alimentaire :       SANS PORC                       SANS VIANDE  
    AUTRE : .....

ALLERGIE ALIMENTAIRE : Précisez .....

   .....

**En cas d'allergie avérée** interdisant la prise de certains aliments, un panier repas sera fourni par les parents.

Enfant en situation de handicap :       OUI       NON  
**Si oui**, précisez : .....

Modalités d'accueil particulières :       OUI       NON

**Recommandations particulières** (traitement en cours, précautions particulières, allergies autres qu'alimentaire)

.....

.....

**Nota** :Aucun médicament ne sera administré durant les accueils, le personnel d'encadrement n'étant pas habilité à la faire. Il appartient à la famille de le signaler au médecin traitant.

## **AUTORISATIONS**

### PERSONNES AUTORISÉES

En cas d'accident ou d'enfant malade pendant le temps de l'accueil, si nous ne pouvons vous joindre, merci de préciser quelles sont les personnes à contacter et le cas échéant, autorisées à venir chercher l'enfant.

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE FIXE	TÉLÉPHONE MOBILE

Je soussigné .....  
représentant légal de l'enfant.....,

certifie l'exactitude des données ci-dessus et m'engage à transmettre toute modification aux services en cours d'année.

A....., le.....,

**Signature des parents ou du Représentant Légal,**

## **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Mr/Mme .....autorisons l'anesthésie de l'enfant.....au cas où, victime d'un accident, d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., le .....

**Signature des parents ou du Représentant Légal,**

## **DROIT À L'IMAGE**

Dans le cadre des activités, il est possible d'être amené à utiliser des photos prises lors du temps d'accueil pour des publications d'informations (bulletin municipal, presse locale...). La loi faisant obligation d'avoir votre autorisation écrite pour cette utilisation, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir compléter le talon ci-dessous.

Nous soussignés, Mr/Mme .....responsable(s) légal(aux) de l'enfant .....

Autorisons                       N'autorisons pas

l'utilisation et la diffusion de photo ou vidéo où apparaît notre enfant prise pendant les temps d'accueils péri et extra scolaires au Restaurant scolaire et aux activités du centre social.

A ....., le .....

**Signature des parents ou du Représentant Légal,**