



MAIRIE DE REMIREMONT

B.P. 30107 – 88204 REMIREMONT CEDEX

Restaurant Municipal Scolaire

03.29.62.59.08

E-Mail :

rms@remiremont.fr

FICHE FAMILLE ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ACCUEIL SERVICE MINIMUM DU PERSONNEL PRIORITAIRE

INSCRIPTIONS DU 6 AU 23 AVRIL 2021

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

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

SEMAINE DU 6 AU 9 AVRIL 2021

Ecole Jules Ferry – Rue Simone Veil – REMIREMONT

Horaires d'accueils: 6h-8h30 / 12h-14h / 16h30-20h jours scolaires
6h-20h le mercredi

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

	Mardi 6/04/21	Mercredi 7/04/21	Jeudi 8/04/21	Vendredi 9/04/21
Heure d'arrivée				
Repas (O/N)		REPAS TIRÉ DU SAC		
Heure de départ				

SEMAINES DU 12 AU 23 AVRIL 2021

CENTRE AÉRÉ DE LA GRANGE PUTON – Route d'Hérival – REMIREMONT

Horaires d'accueils : 6h-20h – Repas tirés du sacs

PLANNINGS PRÉVISIONNELS D'ACCUEILS : (Merci de bien renseigner les heures prévisionnelles d'arrivée et de départ de l'enfant)

	Lundi 12/04/21	Mardi 13/04/21	Mercredi 14/04/21	Jeudi 15/04/21	Vendredi 16/04/21
Heure d'arrivée					
Repas (O/N)	REPAS TIRÉS DU SAC				
Heure de départ					

	Lundi 19/04/21	Mardi 20/04/21	Mercredi 21/04/21	Jeudi 22/04/21	Vendredi 23/04/21
Heure d'arrivée					
Repas (O/N)	REPAS TIRÉS DU SAC				
Heure de départ					

Fournir attestation de l'employeur obligatoirement (attestation dérogatoire professionnelle, fiche de salaire, etc.) et compléter obligatoirement l'attestation sur l'honneur

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

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,

NOM,Prénom:.....

Adresse:.....

Code postal:.....Commune:.....

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e).....

demeurant.....

atteste sur l'honneur que je ne dispose d'aucune solution de garde pour mon (mes) enfant(s) et qu'aucun autre responsable légal n'a la possibilité de rester à domicile ou télé-travailler.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait àle .../.../2021

NOM Prénom,

signature: