

# 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) <small>*Le Parent 1 est le parent qui a ouvert le dossier d'allocations auprès de la CAF ou de la MSA.</small>	Parent 2* (P2)																																																															
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

<b>REGIME du RESPONSABLE</b>	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  Chèque     Prélèvement     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

# 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)

