



GARDERIE/RESTAURANT SCOLAIRE/TAP
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Fiche à retourner au plus tard le **15 AOUT EN MAIRIE**.

TARIFS 2021/2022

Restaurant scolaire

Le repas : 3,25 € (1^{er} et 2^{ème} enfant)
2,90 € (famille de 3 enfants et plus)
La serviette de table : 4,00€

Garderie

Matin et soir jusqu'à 18h30	2,45 €
Matin	1,25 €
Soir de 16h30 à 18h30	1,50 €
Soir de 18h30 à 18h45	2,35 €
Soir de 18h45 à 19h00	2,35 €
Vendredi de 15h15 à 16h30	1,25 €

Horaires de la garderie : 7h30-8h45 et 16h25-19h00 (lundi, mardi, jeudi), 7h30-8h45 et 15h15-19h00 (vendredi), 7h30-8h45 et 12h00-12h30 (mercredi).

MODALITÉS DE RÈGLEMENT (garderie/restaurant scolaire)

- Facture mensuelle à régler au Trésor Public de Fouesnant.
- Il est possible d'opter pour le prélèvement mensuel (renseignements en mairie).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : **Prénom** :

Date de naissance :/...../..... **Classe** :

Nombre de frère(s) et/ou sœur(s) inscrits à la cantine ⁽¹⁾ 0 1 2 3 4

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

NOM du représentant légal : **Prénom** :

Situation familiale ⁽²⁾: Célibataire – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Vie maritale

Employeur : Tél. employeur :/...../...../...../.....

NOM du 2^{ème} parent : **Prénom** :

Employeur : Tél. employeur :/...../...../...../.....

ADRESSE du représentant légal

N° : Rue :

CP : Ville :

☎ :/...../...../...../..... ☎ :/...../...../...../.....

Adresse mail :

ADRESSE du 2^{ème} parent (à compléter si différente)

N° : Rue :

CP : Ville :

☎ :/...../...../...../..... ☎ :/...../...../...../.....

Adresse mail :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Je n'autorise pas
les prises de photos / vidéos et leur diffusion dans le kélou, sur le site internet de la mairie, dans la presse locale.

AUTORISATIONS

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e)..... père, mère, tuteur ⁽¹⁾

- autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'issue des TAP ou à la garderie (Classes maternelles uniquement)⁽²⁾

NOM - Prénom	Adresse	Qualité	Téléphone

Signature :

Les enfants qui ne seront pas récupérés à l'issue des TAP seront placés en garderie. (payante à partir de 16h30)

AUTORISATION DE SOINS URGENTS

Je soussigné(e)..... père, mère, tuteur ⁽¹⁾

autorise tous soins de première nécessité ou toute intervention médicale et chirurgicale d'urgence en faveur de mon enfant.

Signature :

EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR

Nom : Téléphone :/...../...../...../.....

Nom : Téléphone :/...../...../...../.....

Médecin de famille :

Adresse :  :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies, traitements en cours, contre-indications...)

.....

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir le plus rapidement possible la Mairie de tout changement de situation de famille ou d'adresse, en cours d'année scolaire.

J'autorise

A Clohars-Fouesnant, le

Signature du représentant légal :

⁽¹⁾ Cochez la case correspondante.

⁽²⁾ Rayer les mentions inutiles.