



### Fiche Enfant

**A compléter et à retourner au secrétariat de Mairie**

NOM : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Prénom : ..... Sexe : Fille  Garçon

Maternelle : PS  MS  GS

Primaire : CP  CE1  CE2  CM1  CM2

### Restauration scolaire

Le service de restauration scolaire est ouvert aux enfants scolarisés dès leur entrée en maternelle (PS) et en élémentaire.

**Repas :**  Sans porc  PAI (fournir la copie du projet)  Allergie : .....

Réservation à l'année : Choisir les cases des jours de fréquentation.

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	Mettre impérativement la date du 1 <sup>er</sup> repas

Réservation à la période : Par mail à [contact@saint-victor.org](mailto:contact@saint-victor.org) le **mardi de la semaine précédente avant 9h30**.

### Garderie (Exclusivement pour les deux parents qui travaillent)

Lundi  Matin  Soir Commentaires : .....

Mardi  Matin  Soir .....

Jeudi  Matin  Soir .....

Vendredi  Matin  Soir .....

**Reprise de l'enfant :** L'enfant est repris après la garderie par ses parents. Toute autre personne majeure dûment habilitée par eux (indiquer ci-dessous leur nom, qualité et leur numéro de téléphone).

M..... Qualité ..... Tél : .....

M..... Qualité ..... Tél : .....

M..... Qualité ..... Tél : .....

M..... Qualité ..... Tél : .....

### Bus Scolaire

Sens de rotation et Point de ramassage :  1. Bel Air  2. Primevères  3. Thizon

4. Beauvet  5. Chemin de Perreguines  6. Place de Perreguines

7. Perreguines/Argentières  8. Château de Passat

**Lundi**  Matin  Soir **Mardi**  Matin  Soir **Jeudi**  Matin  Soir **Vendredi**  Matin  Soir

**La carte de bus est magnétique et se recharge d'une année sur l'autre. (Retrouvez tous les renseignements sur le Dossier Unique).**

## Attestation obligatoire en cas d'accident – Fiche Sanitaire

Madame, Monsieur (ou tuteur légal) : .....

Mère, Père (ou tuteur légal) de l'enfant : .....

### Déclare :

- ❖ D'une part autoriser Monsieur le Maire de SAINT-VICTOR à prendre tous les moyens dont il dispose en cas d'incident, accident ou difficultés de santé.
- ❖ Et d'autre part en cas d'urgence ou incident grave, à faire transférer mon enfant.

### Soit auprès :

Du centre Hospitalier de Montluçon  
18 Avenue du 8 Mai 1945 03100 Montluçon

### Soit auprès :

D'un établissement de soins privé

Vaccinations antitétaniques à jour :  OUI  NON

## ENGAGEMENT DE LA FAMILLE

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier.

Je m'engage à informer la mairie et les structures qui accueillent mon enfant, de tout changement qui interviendrait au cours de l'année (en particulier le numéro de téléphone). Certifie avoir pris connaissance des règlements de la Restauration Scolaire et Garderie, et m'engage à en accepter les modalités de fonctionnement.

**Je m'engage à régler le service restauration auquel est inscrit mon/mes enfant(s), dans le délai de paiement mentionné sur les factures. Voir le règlement cantine.**

J'autorise les prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître, et de diffuser les images captées, fixées et enregistrées sur (internet, réseau local, bulletin municipal etc...).

Je n'autorise pas les prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître, et de diffuser les images captées, fixées et enregistrées sur (internet, réseau local, bulletin municipal etc...).

J'autorise mon enfant à rentrer seul

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

Fait à ....., le .....

« Lu et approuvé », Signature du responsable.