



GARDERIE/RESTAURANT SCOLAIRE/TAP
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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

TARIFS 2024/2025

Restaurant scolaire

Le repas : 3,70 € (1^{er} et 2^{ème} enfant)
3,30 € (famille de 3 enfants et plus)

Garderie

Matin et soir jusqu'à 18h30	2,55 €
Matin	1,35 €
Vendredi de 15h15 à 16h30	1,35 €
Soir de 16h30 à 18h30	1,60 €
Soir de 18h30 à 18h45	2,35 €
Soir de 18h45 à 19h00	2,35 €

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 Rosporden
- Il est possible d'opter pour le prélèvement mensuel (Compléter le formulaire SEPA ci-joint)

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 REPRESENTANTS LEGAUX

NOM du représentant légal 1 : **Prénom** :

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

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

NOM du représentant légal 2 : **Prénom** :

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

ADRESSE du représentant légal 1 :

N° : Rue :

CP : Ville :

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

Adresse mail :

ADRESSE du représentant légal 2 : (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.

A Clohars-Fouesnant, le

Signature du représentant légal :

⁽¹⁾ Cochez la case correspondante.

⁽²⁾ Rayer les mentions inutiles.

Les informations recueillies sont nécessaires dans le cadre de l'inscription. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercer, merci d'adresser un message mairie-de-clohars-fouesnant@wanadoo.fr