



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CDC DU BONNEVALAIS SERVICE PETITE ENFANCE, ENFANCE ET JEUNESSE

RESTAURATION ECOLES VILLE DE BONNEVAL

Portail familles : <https://enfancebonnevalais.portail-familles.net/>

Retour du présent document : - Centre Enfance, 5 impasse du Pressoir - 28800 BONNEVAL

- Multi-Accueil : multiaccueil@cdcdubonnevalais.fr
- RAM : ram@cdcdubonnevalais.fr
- Accueil périscolaire et vacances scolaires : alsh@cdcdubonnevalais.fr
- Restauration écoles Ville Bonneval : transport.restauration@cdcdubonnevalais.fr

COMPOSITION DU FOYER :

MARIE	PACSE	UNION MARITALE	SEPARE
DIVORCE	VEUF	CELIBATAIRE	FAMILLE D'ACCUEIL

Responsable 1 : Nom : _____
Prénom : _____
Lien de parenté : _____
Catégorie socio
professionnelle * : _____
Tél éphone portable : _____

Coordonnées : N° et rue : _____
Lieu-dit : _____
Code Postal : _____
Commune : _____
Téléphone fixe : _____
Adresse mail : _____

Responsable 2 : Nom : _____
Prénom : _____
Lien de parenté : _____
Catégorie socio
professionnelle * : _____
Tél éphone portable : _____

N° allocataire CAF : _____

INFORMATIONS ENFANTS :

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____
Classe fréquentée : _____
Date vaccination DT
Polio : _____
Allergies alimentaires : _____
Régime alimentaire : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____
Classe fréquentée : _____
Date vaccination DT
Polio : _____
Allergies alimentaires : _____
Régime alimentaire : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____
Classe fréquentée : _____
Date vaccination DT
Polio : _____
Allergies alimentaires _____
Régime alimentaire _____

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____
Classe fréquentée : _____
Date vaccination DT
Polio : _____
Allergies alimentaires _____
Régime alimentaire _____

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____
Classe fréquentée : _____
Date vaccination DT
Polio : _____
Allergies alimentaires _____
Régime alimentaire _____

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____
Classe fréquentée : _____
Date vaccination DT
Polio : _____
Allergies alimentaires _____
Régime alimentaire _____

**Personnes à contacter
en cas d'urgence :**

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

**Personnes autorisées
à venir chercher
l'enfant :**

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Lien parenté : _____
n° téléphone : _____

		Oui	Non
Autorisations :	Autorisation d'hospitalisation / urgence :		
	Autorisation de baignade :		
	Autorisation filmer / photographier :		
	Autorisation de sortie et de transport :		
	Diffusion image / presse :		
	Diffusion image / utilisation interne structure :		

A

le

Signature :

~ Liste des Catégories socio professionnelles :

- 1 – Artisans, commerçants, chefs d’entreprise
- 2 – Agriculteurs
- 3 – Cadre
- 4 – Congé parental
- 5 – Demandeur d’emploi
- 6 – Employés
- 7 – Etudiants
- 8 – Professions libérales
- 9 – Mère au foyer
- 10 – Militaires, gendarmes
- 11 – Ouvriers
- 12 – Retraités
- 13 – Sans activités professionnelles
- 14 - Technicien

Rappel des pièces justificatives obligatoires à fournir dans le cadre de l'inscription de votre/vos enfant(s) (soit format papier, soit pdf via le portail familles) :

	RAM	Multi-Accueil	ALSH
Dernier avis d'imposition <i>(mise à jour en Septembre de chaque année)</i>			X
Pages des vaccinations du carnet de santé		X	X
Justificatif du numéro d'allocataire CAF		X	