

1- L'enfant :

DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE ANNEE 2018/2019

Nom :		Prénom :	
Nom :/	_/	à	Sexe : M□ F□
Adresse:			
C. 1		X7:11	
Code postal : Classe : □PS □MS □GS □C	P DCE1	Ville : □CE2 □CM1 □C	MO
Classe: LPS LIVIS LGS LC	P LICEI		IVIZ
2- Responsables de l'enfai	nt :		
- Ites positiones de l'essay		PERE	MERE
Nom - Prénom			
Adresse (si différente de l'enfant)			
Tél domicile			
Tél portable			
Nom et adresse de l'employeur			
Profession			
Tél professionnel			
N° de sécurité sociale			
Régime général			
Autre régime (indiquer lequel)			
N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire)			
Autorité parentale : Père et mère conjoi Autre, à préciser :	ntement	☐ Père seulement	☐ Mère seulement
3- Jour de présence à la ca □ Lundi □ Mardi □ Jeudi □ Inscription occasionnelle sur dema □ Mangera le jour de la rentrée	□Vendred		nte):
4- Personnes à prévenir en Nom et prénom :	ı cas d'urg	ence :	
Nom et prénom :		Tél portable :	
Adresse:			
Code postal :		Ville :	
Lien avec l'enfant :			
☐ A appeler en cas d'u	rgence	\square A	utorisé à prendre l'enfant



République Française Département de Seine-et-Marne Arrondissement de Provins

Nom et prénom :	Nom et prénom :							
Adrosse : Code postal :	Téléphone domicile :		Tél por	Tél portable :				
S- Renseignements médicaux concernant l'enfant : Vaccins : (Faire des photocopies) Dt polio Rubéole / orcillons / rougeole Coqueluche BCG Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non	Adresse:							
S- Renseignements médicaux concernant l'enfant : Vaccins : (Faire des photocopies) Dt polio Rubéole / orcillons / rougeole Coqueluche BCG Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non	Code postal :		Ville :					
S- Renseignements médicaux concernant l'enfant : Vaccins : (Faire des photocopies)	Lien avec l'enfant :							
Vaccins : (Faire des photocopies) Dt polio Coqueluche BCG Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non □ (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leuemballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : Nom : No de téléphone : Ville : 8- Autorisations : Use soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour serondre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes des parents par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes des parents par l'état de toutes des parents par l'état de toutes des p	☐ A appeler e	nce	☐ Autorisé à prendre l'enfant					
Vaccins : (Faire des photocopies) Dt polio Coqueluche BCG Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non □ (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leuemballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : Nom : No de téléphone : Ville : 8- Autorisations : Use soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour serondre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes des parents par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes des parents par l'état de toutes des parents par l'état de toutes des p	5- Renseignements	s médicaux	concernant l'enfa	ınt :				
Dt polio Coqueluche BCG Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical? Oui □ Non □ (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leu. emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents: (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant: Nom: N° de téléphone: N° de téléphone: Ville: 8- Autorisations: Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour serondre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes messures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes messures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes messures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes messures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes messures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes messures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes messures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical prendues nécessaires par l'état de toutes mes de								
Coqueluche Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non Non (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leu emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditivientilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone : Ville : 8- Autorisations : Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour serondre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, declare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant de l'	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1 /	Rubéole / oreillons / rougeole					
Hépatite B Tetracop Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication L'enfant suit-il un traitement médical? Oui □ Non □ (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leu emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone : Ville : 8- Autorisations : Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 1 lh30 pour s rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical; hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical; hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical; hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical; hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical; hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical; hos				<u> </u>				
L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non Non (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leutemballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents: (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant: Nom:N° de téléphone :	-		Tetracop					
(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leu emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom :N° de téléphone :	Si l'enfant n'a pas de vaccir	ns obligatoire	s, joindre un certificat	médical de	contre-indication			
(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leu. emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine)? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone : N° de téléphone : responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour se rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)	L'enfant suit-il un traitemen	nt médical ?	Oui □	Non				
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme ? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine) ? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditivilentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone :						nts dans leur		
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme ? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine) ? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditivilentilles,) 7- Médecin traitant : Nom :								
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS			•	*	i autorisation des n	arents		
RUBEOLE VARICELLE ROUGEOLE COQUELUCHE SCARLATINE OREILLONS Votre enfant fait-il de l'asthme ? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine) ? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone : Ville :								
Votre enfant fait-il de l'asthme ? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine) ? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone :	L'enfant a-t-il eu les maladi	es suivantes	:					
Votre enfant fait-il de l'asthme ? Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine) ? Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? 6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone :	RUBEOLE		VARICELLE		ROUGEOLE			
Votre enfant fait-il de l'asthme ?	COOUELUCHE							
6- Recommandations utiles des parents: (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant: Nom: N° de téléphone: Ville: responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de		1		1		;L		
6- Recommandations utiles des parents: (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant: Nom: N° de téléphone: Ville: responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de	Votre enfant fait-il de l'asth	me?						
6- Recommandations utiles des parents: (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant: Nom: N° de téléphone: Ville: responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de	Votre enfant fait-il des aller	gies alimenta	ires (si oui de quelle o	rigine) ?				
6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditive lentilles,) 7- Médecin traitant : Nom : N° de téléphone : Ville : responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de	Votre enfant fait-il des aller	gies médican	nenteuses (si automédi	cation à sign	naler)?			
7- Médecin traitant: Nom:	•		•	C	,			
7- Médecin traitant: Nom:								
7- Médecin traitant: Nom:	6- Recommandatio	ns utiles do	es parents : (ex : pa	s de piscine,	port de lunettes, proth	ièses auditive		
Nom : N° de téléphone :			\ 1	1	71			
Nom : N° de téléphone :	,							
Nom : N° de téléphone :	-							
Nom : N° de téléphone :								
Nom : N° de téléphone :	7- Médecin traitan	ıt:						
8- Autorisations: Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de			N° de téléphon	e :				
8- Autorisations: Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de	Ville:			<u> </u>				
Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de								
Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de								
Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s'rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de	8- Autorisations:							
renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le personnel communal à prendre mon enfant, à 11h30 pour s rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de	Ja coussigná(a)		racn	oncoble lágo	l(a) de l'anfont déclar	re evects les		
rendre la cantine scolaire. De plus, j'autorise la responsable de la cantine scolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état d	renseignements portés sur o	ette fiche I'a	uitorise le nersonnel co	onsaule lega	rendre mon enfant à 1	.c caacis 168 11h30 nour a		
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état d								
L'entant	l'enfant.	nearear, nosp	imilouion, micronino	n chinargical	o, rendues necessaires	, par i ciai d		

Date et signature du responsable légal