Commune de GOUAIX

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

DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE
ANNEE 2018/2019

1- L'enfant :

Nom :_____ Prénom :_____
Date de naissance :_____/_____/_____ à _____Sexe : M☐ F☐
Adresse :_____
_____
Code postal :_____ Ville :_____
Classe : ☐PS ☐MS ☐GS ☐CP ☐CE1 ☐CE2 ☐CM1 ☐CM2

2- Responsables de l'enfant :

	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 conjointement ☐ Père seulement ☐ Mère seulement
Autre, à préciser :_____

3- Jour de présence à la cantine : (cocher la case correspondante) :

❒ Lundi ❒ Mardi ❒Jeudi ❒Vendredi
❒ Inscription occasionnelle sur demande.
❒ Mangera le jour de la rentrée

4- Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :_____
Téléphone domicile :_____Tél portable :_____
Adresse :_____
Code postal :_____ Ville :_____
Lien avec l'enfant :_____
☐ A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Nom et prénom :_____
Téléphone domicile :_____Tél portable :_____
Adresse :_____
Code postal :_____ Ville :_____
Lien avec l'enfant :_____

☐ A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisé à prendre l'enfant

5- Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Vaccins : (Faire des photocopies)

Dt polio	Rubéole / oreillons / 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 ☐

(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur 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 auditives, 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 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 l'enfant.

Date et signature du responsable légal