

DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE
ANNEE 2015/2016

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.

Ne reste pas à la cantine.

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