

# INSCRIPTION à la cantine pour l'année scolaire 2021-2022

Enfant : NOM ..... Prénom ..... Classe .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

## Déjeunera à la cantine scolaire les jours suivants :

Pendant toute l'année scolaire :  lundi  mardi  jeudi  vendredi

Ponctuellement

## Téléphone des parents obligatoire :

Père : Fixe ..... Travail ..... Portable .....

Mère : Fixe ..... Travail ..... Portable .....

Téléphone des autres personnes à contacter si les parents sont indisponibles :

NOM ..... Prénom .....

Fixe ..... Portable .....

## REGLEMENT INTERIEUR :

Je soussigné ..... responsable de l'enfant ..... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine scolaire et m'engage à le respecter.

Fait à ..... le .....

Signature

# FICHE SANITAIRE CANTINE

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

**ALLERGIES :** ASTME      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non

MEDICAMENTEUSES      oui  non   
AUTRES .....

Indiquer l(es) aliment(s) concernés : .....  
.....  
.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**  
.....  
.....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES: oui  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :