



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CANTINE

ÉLÈVE

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Classe _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____

Père Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____

Merci de préciser le parent référent pour le portail « parents » :

Mère Père

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents)

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

Seule une personne majeure est habilitée à venir chercher l'enfant.

Exceptionnellement, un frère ou une sœur (plus de 10 ans, en classe de CM2) pourra être autorisé(e). Dans ce cas, merci d'indiquer :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

ALLERGIE DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il une allergie ? Oui Non

Si oui, à quoi, et décrire la réaction allergique de votre enfant : _____

Quels médicament(s) votre enfant doit-il prendre pour les allergies ? _____

Merci de transmettre en mairie, un certificat médical du médecin traitant. En l'absence de document, aucun traitement ne pourra être donné à votre enfant.

REGIME SPECIAL ALIMENTAIRE (à préciser)

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Mme ou M. _____

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus, m'engage à tenir la mairie informée de tout changement professionnel, familial, situation au regard des droits parentaux et à fournir les documents officiels (jugements) ;
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et en accepte les modalités ;
- Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence pour mon enfant accidenté ou malade, les agents communaux ont pour consigne d'appeler le 15 (SAMU) qui décide d'orienter vers l'établissement le plus adapté et que je serai immédiatement averti(e) par vos soins.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :