



Dossier d'inscription cantine

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date et lieux de naissance :

Classe fréquentée pour l'année scolaire 2017 / 2018 :

Adresse :

N° Allocataire CAF ou MSA : Caisse :

Nom et prénom de l'allocataire :

LES PARENTS ¹

Nom - Prénom du père :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Nom - Prénom de la mère :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Autre responsable légal :

Nom – Prénom (préciser la qualité) :

Adresse :

Téléphone : Mail :

La Restauration

Les tarifs sont fixés par délibération du Conseil Municipal du 7 mars 2017

Inscription jours fixes (4.50 euros / repas) :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Autre ² :

Inscription au forfait (6.95 euros / repas)

Régime alimentaire spécifique (sous réserve des possibilités de notre prestataire) :

Règlement par prélèvement automatique : Oui ³ Non

¹ Barrer les mentions inutiles dans le cas où un seul des parents à l'enfant à sa charge (divorce, séparation, décès ...).

² Préciser le planning (ex : planning mensuel remis par les parents ; tel jour semaine paire et tel jour semaines impaire)

³ Le dossier est à retirer auprès de la Mairie



Fiche sanitaire

Enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Médecin Traitant : Nom Téléphone :

Vaccin obligatoire (pour fréquenter un accueil collectif)

Vaccin	Date de la 1 ^{ère} injection	Date du dernier rappel
DT Coq / Polio		

Renseignements médicaux :

Votre enfant a-t-il eu :

Maladies

Rubéole : Oui Non Varicelle : Oui Non Otites : Oui Non
 Oreillons : Oui Non Coqueluche : Oui Non Angines : Oui Non
 Rougeole : Oui Non Scarlatine : Oui Non Asthme : Oui Non
 Autre :

Votre enfant est-il :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament(s) durant le temps de la restauration scolaire ? Oui Non
Si oui, le(s) quel(s) :
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence ? Oui Non
Si oui, le(s) quel(s) :
L'original de l'ordonnance avec les médicaments doivent être remis à la Mairie

Votre enfant :

- Porte-t-il des lunettes :
- A-t-il une allergie :
Cause de l'allergie et conduite à tenir :
- Est-il atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre de la restauration scolaire ? Oui Non

Vos numéros de téléphone en cas d'urgence

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Folembray à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté d'urgence par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté.

La Famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.