

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
CANTINES ET CENTRES DE LOISIRS (1)**  
(Tout dossier incomplet sera refusé)

ENFANTS

	<b>1<sup>er</sup> enfant</b>	<b>2<sup>ème</sup> enfant</b>	<b>3<sup>ème</sup> enfant</b>
NOM			
Prénom			
Date de naissance			
Ecole			
Classe 2022/2023			
Allergies			

Fournir un certificat médical, et le protocole de l'allergologue (PAI) pour les allergies.

PARENTS

	<b>Père</b>	<b>Mère</b>
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Tél. fixe		
Tél. portable		
E-mail		
Nom et adresse employeur		
Numéro de tél. travail		
Payeur		
Adresse complète de facturation (Pour les parents concernés, spécifier les semaines paires et impaires)		

N° allocataire CAF ou MSA

Assurance et N° de contrat en responsabilité civile (Fournir une attestation) :

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :

**Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents):**

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, j'autorise le personnel responsable à prendre toutes les mesures (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :**

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

J'accuse réception des règlements intérieurs de la cantine, de l'ALAE et de l'ALSH (1).

Toutes les rubriques doivent être complétées pour que le dossier soit accepté.

Ces informations sont utiles pour assurer un bon recouvrement des créances.

Date

Signature Père

Signature Mère

(1) - rayer la mention inutile



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... /\_\_\_/\_\_\_  
 ..... /\_\_\_/\_\_\_  
 ..... /\_\_\_/\_\_\_

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
 .....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....  
 .....

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....	.....	.....	.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

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

Signature : .....

DATE : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : .....

Cachet de l'Organisme (siège social)



ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....  
 .....



## FICHE D'INSCRIPTION Cantine Année 2022-2023

### Inscription régulière annuelle

A remettre **à la cantine**

Ecole de .....

Ecrivez ci-dessous :

« Prendra la totalité des repas » ou  
« Prendra les repas tous les (inscrire le ou les jours) »

NOM	PRENOM	

✂ .....

### Inscription occasionnelle

A remettre **15 jours avant, dans la boîte aux lettres cantine** (Coupon à photocopier)

Ecole de .....

NOM	PRENOM	DATES

**Téléphoner IMPERATIVEMENT au RESPONSABLE CANTINE pour :**

- . Les annulations,
- . Les inscriptions supplémentaires
- . Enfant malade
- . Discipline
- ....

*Cf. coordonnées dans le Règlement Intérieur.*

Date :

Signature :