

INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE 2024 / 2025

1^{ER} ENFANT

NOM / PRENOM.....Date de naissance

Ecole fréquentée.....en classe de.....

Fréquentation : Semaine complète ou lun mar jeu ven ou Exception

Type de repas : standard substitution (sans porc)

Allergies connues :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) / OBLIGATOIRE EN CAS D'ALLERGIES : Non Oui

2^{ème} ENFANT

NOM / PRENOM.....Date de naissance.....

Ecole fréquentée.....en classe de.....

Fréquentation : Semaine complète ou lun mar jeu ven ou Exception

Type de repas : standard substitution (sans porc)

Allergies connues :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) / OBLIGATOIRE EN CAS D'ALLERGIES : Non Oui

3^{ème} ENFANT

NOM / PRENOM.....Date de naissance.....

Ecole fréquentée.....en classe de.....

Fréquentation : Semaine complète ou lun mar jeu ven ou Exception

Type de repas : standard substitution (sans porc)

Allergies connues :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) / OBLIGATOIRE EN CAS D'ALLERGIES : Non Oui

ASSURANCE DE(S) L'ENFANT(S)

Compagnie :

Numéro d'assurance :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE(S) (L') ENFANT(S)

NOM.....

PRENOM.....

Adresse.....

.....

CP : Ville :

Tel Portable:

Tel Professionnel :

Mail :

N° Allocataire CAF :

NOM.....

PRENOM.....

Adresse.....

.....

CP : Ville :

Tel Portable :

Tel Professionnel :

Mail :

A RETOURNER AU SIVOM AVANT LE 05 JUILLET 2024

PERSONNES A PREVENIR (AUTRES QUE LES PARENTS) EN CAS D'URGENCE	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
En qualité de :	En qualité de :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	
Téléphone :	

Nous soussignés Monsieur et/ou Madame..... détenteur(trice) de l'autorité parentale de l'enfant qui fait l'objet de cette fiche, autorise, en cas d'accident ou de maladie aiguë à évolution rapide, les actes médicaux et chirurgicaux, et notamment l'anesthésie, jugés appropriés par les médecins intervenant dans ces circonstances.

Fait à

Le

Signature du ou des Représentants légaux :