



DOSSIER INSCRIPTION CANTINE ANNEE 20.. - 20..

Mairie de
JEZAINVILLE
03.83.81.04.20

Je soussigné(e)

Père/mère/représentant légal de l'enfant.....

- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement de la cantine scolaire et m'engage à le respecter
- M'engage à signaler toute modification dans les renseignements fournis (changement d'adresse, de numéro de téléphone...)
- Déclare exacts les renseignements portés sur le présent dossier
- Autorise la responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant et autorise les pompiers à le transporter à l'hôpital
- Autorise la commune de Jezainville à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre pédagogique et non commercial de la promotion de ses actions (journal municipal, site internet, plaquettes ou affiches)

Fait à.....le.....

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

**TOUT DOSSIER RENDU INCOMPLET NE POURRA PAS
ETRE PRIS EN COMPTE**

Tous les formulaires peuvent être téléchargés sur le site de la mairie
www.jezainville.mairie54.fr

L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :
Né(e) le : Classe fréquentée :
Adresse habituelle de l'enfant :

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

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

| | Parent 1 | Parent 2 |
|--|----------|----------|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) | | |
| Téléphone domicile | | |
| Téléphone travail | | |
| Portable | | |
| E-mail | | |
| | | |
| Nom employeur | | |
| Adresse employeur | | |
| N° Allocataire CAF | | |
| Nom de l'allocataire | | |

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

| Nom - Prénom | Téléphone | Adresse |
|--------------|-----------|---------|
| | | |
| | | |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
LA SANTE DE VOTRE ENFANT**

| Régime alimentaire spécifique | Allergies alimentaires ou autres |
|-------------------------------|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Autres renseignements médicaux importants :

.....

Merci de joindre un **certificat médical** attestant de l'allergie alimentaire de votre enfant pour la mise en place d'un protocole spécifique travaillé avec le médecin scolaire.

Si l'enfant doit prendre un médicament, penser à le signaler et joindre impérativement une **photocopie de l'ordonnance** ainsi que le médicament.

MEDECIN TRAITANT

| Nom | Téléphone | Adresse |
|-----|-----------|---------|
| | | |
| | | |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

| Vaccins | Date des vaccins | Date des rappels |
|----------------|------------------|------------------|
| DT POLIO | | |
| DT COQ | | |
| TETRACOQUE | | |
| BCG | | |
| AUTRES VACCINS | | |
| | | |
| | | |

A compléter à partir du **carnet de santé**
ou fournir **le carnet de santé pour photocopie** des vaccinations

ASSURANCE

| Nom de la compagnie | Adresse | Numéro de police |
|---------------------|---------|------------------|
| | | |
| | | |

Merci de joindre impérativement une **attestation d'assurance**
responsabilité civile pour votre enfant (assurance scolaire)