



POMMIER de BEAUREPAIRE

FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRE pour l'inscription à LA CANTINE et/ou à LA GARDERIE ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

PAI/
ALLERGIE

NOM - PRENOM de L'ENFANT _____	Né (e) le _____	Classe _____
NOM - PRENOM de L'ENFANT _____	Né (e) le _____	Classe _____
NOM - PRENOM de L'ENFANT _____	Né (e) le _____	Classe _____

1) Coordonnées des parents ou représentant légal

● Nom, Prénom : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Représentant légal	● Nom, Prénom : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Représentant légal
● Tél. domicile	● Tél. domicile
● Tél. professionnel	● Tél. professionnel
● Portable	● Portable
● Adresse	● Adresse
● Mail	● Mail

2) GARDERIE

Autres personnes autorisées à récupérer votre enfant le soir à la garderie

NOM, Prénom:.....Lien de famille :.....

N° téléphone:

NOM, Prénom:.....Lien de famille :.....

N° téléphone:

NOM, Prénom:.....Lien de famille :.....

N° téléphone:

3) CANTINE

Autres personnes à contacter à l'heure du repas en cas de problème à la cantine

NOM, Prénom:.....Lien de famille :.....

N° téléphone:

NOM, Prénom:.....Lien de famille :.....

N° téléphone:

NOM, Prénom:.....Lien de famille :.....

N° téléphone:

4) Autorisation en cas d'accident ou d'hospitalisation à la cantine et à la garderie

Je (nous), soussigné(e/es/s)représentant(e/es/s) légal (e/aux) de l'enfant ou des enfants

.....

Autorise(ons) la municipalité et par délégation, le personnel encadrant de la garderie et de la cantine, à prendre, en cas d'accident ou de maladie subite toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Je (Nous) autorise(ons), si besoin, le transport de notre enfant vers l'hôpital.

Nom du médecin traitant :

Adresse:

Téléphone:

Votre enfant présente-t-il des allergies connues ?

NON

OUI, lesquelles ?

.....

Un PAI (Projet d'accueil individualisé) est-il mis en place pour votre enfant :

NON

OUI, **joindre une copie obligatoirement**

5) Assurance

L'assurance de la commune couvre les utilisateurs en cas d'accident dont la responsabilité lui incomberait.

Les parents s'engagent à souscrire une assurance responsabilité civile pour les dommages que leur(s) enfant(s) pourrai(en)t causer aux tiers pendant les heures de fonctionnement du service.

Nom de la compagnie:.....

N° de police:.....

Joindre l'attestation pour valider l'inscription.

Fait à : Le :

Le père (ou représentant légal)

La mère,