



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.com

L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : Classe fréquentée :

Adresse habituelle de l'enfant :

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

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

	Monsieur	Madame
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)