



FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE

NOM de l'enfant : PRÉNOM de l'enfant :

Né(e) le : à : Classe :

Adresse de l'enfant :

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS :

Madame :

✉ * :

☎ :

EMPLOYEUR : ☎ :

✉ :

Monsieur :

✉ * :

☎ :

EMPLOYEUR : ☎ :

✉ :

Adresse mail du parent responsable des réservations des jours de cantine:

.....@.....

Situation familiale :

Situation de garde :

CAF/MSA :

Nom de l'allocataire : N° :

Centre de paiement :

*à préciser si différente de l'adresse de l'enfant

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Médecin traitant : ☎ :

Informations spécifiques :

• Maladie chronique : OUI ou NON

Si oui, préciser :

• Allergie médicamenteuse : OUI ou NON

Si oui, préciser :

• Port de yoyo : OUI ou NON

• Surdité : OUI ou NON

• Saignements de nez fréquents : OUI ou NON

• Allergie alimentaire : OUI ou NON

Si oui, préciser :

• AUTRES :

Régime alimentaire :

• Mange du porc : OUI ou NON

• Mange de la viande : OUI ou NON

P.A.I (PLAN D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) : OUI ou NON

Etabli le : Par :

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

.....

.....