



Mairie de Guéhenno
4 Rue Nationale
56420 Guéhenno
Tél. : 02.97.42.29.89 fax : 02.97.42.23.16
Mail : contact@guehenno.fr

NOM DE FAMILLE

Dossier d'inscription pour la cantine scolaire municipale

Année scolaire/....

ELEVE

NOM : PRENOM SEXE F OU M
Né(e) le : / / Lieu de naissance : Département :
Adresse :
Classe : Enseignant :
N° de sécurité sociale :

RESPONSABLES LEGAUX

PARENT 1

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Autorité parentale : oui non
Profession : Situation de famille (1).....
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail : Poste :
Nom et adresse de l'employeur :
.....

PARENT 2

Nom de jeune fille : Prénom :
Nom d'épouse : Date de naissance :
Autorité parentale : oui non
Profession : Situation de famille (1).....
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail : Poste :
Nom et adresse de l'employeur :
.....

Je soussignéparent de l'enfant
.....atteste (ons) avoir pris connaissance du règlement intérieur de la
cantine joint au dossier d'inscription de l'enfant.

Date :

Signature :

RESTAURATION SCOLAIRE

Responsable Lydie BERTHO (02 97 42 31 71)

Fréquentation de la cantine prévue de l'enfant

- Régulière, *entourez les jours* Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Occasionnelle, *entourez les jours* Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Les photos avec l'enfant sont-elles autorisées à paraître dans les bulletins municipaux ?

oui non

(1) Célibataire, marié(e), veuf(e), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT :.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu
 Scarlatine Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

L'enfant fait-il de l'asthme ? oui non

L'enfant fait-il des allergies ? oui non

Si oui précisez l'allergie et la conduite à tenir

.....

L'enfant porte-t-il ?

des lunettes des lentilles de contact des prothèses auditives

autres (précisez) :

Indiquez ci après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Nom et adresse du médecin traitant :.....

Tél :

Personnes à contacter en cas d'urgence

1) Nom : Tél. :

Lien avec l'enfant :

2) Nom : Tél. :

Lien avec l'enfant :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

EN CAS D'EXTREME URGENCE:

Je soussigné (e).....

Autorise le personnel de surveillance à prendre toute décision qu'il jugerait utile, à donner toute autorisation à une équipe médicale, y compris le transport à l'hôpital si l'état de mon/mes enfant(s) le nécessitait avant que je puisse être sur place.

Signature du responsable légal

LE DOSSIER D'INSCRIPTION EST À REMETTRE À MME LYDIE BERTHO RESPONSABLE DU RESTAURANT SCOLAIRE **ACCOMPAGNE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE POUR L'ENFANT.**