



**Association de la Cantine**  
Groupe Scolaire Jean Guéhenno  
Rue du bois des plantes 37260 Artannes-Sur-Indre  
Siret : 775 237 183 000 14 - Code NAF : 5629B  
**assocantineartannes@gmail.com**

## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ENFANT (*une par enfant*) ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe (*niveau à la rentrée*) : \_\_\_\_\_  Féminin  Masculin

Nom et prénom Parent 1 (*ou du représentant légal 1*) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

E-mail (**à indiquer de façon lisible**) : \_\_\_\_\_

Nom et prénom Parent 2 (*ou du représentant légal 2*) : \_\_\_\_\_

Adresse (*si différente*): \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

E-mail (**à indiquer de façon lisible**) : \_\_\_\_\_

### ***Nous inscrivons notre enfant à la cantine selon le planning et le régime suivant :***

- Permanent 4 jours (tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis)
- Régulier en semaine incomplète, selon le(s) jour(s) fixe(s) suivant(s) :
  - Lundi
  - Mardi
  - Jeudi
  - Vendredi
- Occasionnellement (jours non fixes et moins de 2 jours par semaine)

***Date et Signature des parents (ou du représentant légal) :***



Fiche médicale au verso à compléter obligatoirement





**Association de la Cantine**  
Groupe Scolaire Jean Guéhenno  
Rue du bois des plantes 37260 Artannes-Sur-Indre  
Siret : 775 237 183 000 14 - Code NAF : 5629B  
[assocantineartannes@gmail.com](mailto:assocantineartannes@gmail.com)

## FICHE MÉDICALE (*une par enfant*) ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom, prénom et localité du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ANTECEDANTS MEDICAUX :

Maladies : \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé ?  Oui  Non

L'enfant bénéficie-t-il d'un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non

Commentaire(s) particulier(s) : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

1. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

2. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

3. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION D'HÔSPITALISATION :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur légal de l'enfant (rayer la ou les mentions inutiles)

Demeurant n° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Autorise l'Association de Cantine Scolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour l'hospitalisation d'urgence.

***Date et Signatures des parents (ou du représentant légal):***