

FICHE DE RENSEIGNEMENTS **RESTAURATION SCOLAIRE 2026-2027**

Enfant

Nom :

Prénoms :

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

Classe :

Contre-indications Alimentaires :

.....

Parent 1

Nom et Prénoms :

Adresse complète :

N° de Téléphone portable :Travail :

Adresse mail :

Profession et Employeur :

Parent 2

Nom et Prénoms :

Adresse complète :

N° de Téléphone portable :Travail :

Adresse mail :

Profession et Employeur :

Personne autre que les parents à prévenir en cas d'accident (parents absents) :

.....

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT A LA RESTAURATION SCOLAIRE 2026/2027,
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.**

2 - **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
Ou Pentacoq					
BCG					

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES. JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE
CONTRE-INDICATION (le vaccin antitétanique ne présente pas de contre-indication)**

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant la restauration scolaire ? Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui ☐ Non ☐	VARICELLE Oui ☐ Non ☐	ANGINE Oui ☐ Non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui ☐ Non ☐	SCARLATINE Oui ☐ Non ☐
COQUELUCHE Oui ☐ Non ☐	OTITE Oui ☐ Non ☐	ROUGEOLE Oui ☐ Non ☐	OREILLONS Oui ☐ Non ☐	

ALLERGIES : ASTHME : oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES : oui ☐ non ☐

ALLERGIES ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT(FACULTATIF).....

Autorisation Parentale ou de la Personne qui confie l'enfant

Je soussigné (e),, (Père, mère ou autre personne) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la restauration scolaire, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine.

Fait àle.....

Signature :