MAIRIE

2, rue du Manéguen

56150 GUENIN

Tél : 02.97.39.09.09

COMMUNE-DE-GUENIN@wanadoo.fr

Salle polyvalente : 02 97 39 05 43

**INSCRIPTION A LA CANTINE MUNICIPALE**

**Renseignements relatifs à l’enfant**

Nom ……..Prénom…………………………………………………….

Date et lieu de naissance : ………………………………………..Adresse : …………………………….....

Ecole : ………………………………………………..Classe :………………… Sexe ………….

M / F **(1)**

L’enfant présente-t-il une ou des allergies aux aliments ? : OUI – NON **(1)**

**(Joindre OBLIGATOIREMENT la liste détaillée des aliments à éviter)**

**Cocher les jours de présence à la cantine.**

* + Fréquentation régulière :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|  |  |  |  |

* + Fréquentation occasionnelle sur inscription préalable à la mairie ou à la cantine

|  |  |
| --- | --- |
| **Père ou responsable légal 1** | **Mère ou responsable légal 2** |
| Nom :Prénom :Téléphone domicile :Téléphone portable :Téléphone travail :Adresse (si différente de celle de l’enfant) :Code postal : Ville :Adresse mail :Régime : CAF MSA ou autres à préciser :N° allocataire : Situation familiale (marié, pacsé…)Autorité parentale : oui non (1) | Nom :Prénom :Téléphone domicile :Téléphone portable :Téléphone travail :Adresse (si différente de celle de l’enfant) :Code postal : Ville : Adresse mail :Régime : CAF MSA ou autres à préciser :N° allocataire :Situation familiale (mariée, pacsée …) :Autorité parentale : oui non (1) |

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom – Prénom** | **Adresse** | **Téléphone** | **Lien de parenté avec la famille** | **Divers** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Médecin-traitant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom – Prénom** | **Adresse** | **Téléphone** | **Divers** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaccins** | **Date de vaccination** | **Entourez les maladies que l’enfant a déjà eu** |
| Diphtérie |  | Rubéole |
| Tétanos |  | Varicelle |
| Poliomyélite |  | Angine |
| DT Polio |  | Rhumatisme Articulaire Aigu |
| Tétracoq |  | Scarlatine |
| BCG |  | Coqueluche |
| Hépatite B |  | Otite |
| ROR |  | Rougeole |
| Coqueluche |  | Oreillons |
| Autres |  |  |

***Le personnel communal ne pourra, en aucun cas, être tenu responsable de la prise éventuelle de médicaments.***

**Nous, soussignés :**

* **certifions avoir pris connaissance du règlement de la cantine municipale et nous engageons à le respecter,**
* **acceptons ou refusons (1) que notre enfant soit filmé ou photographié,**
* **déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons M. le Maire ou son représentant à prendre toute disposition utile pour apporter les soins nécessaires à notre enfant et à faire appel, si nécessaire, au secours d’urgence (Pompiers, SAMU).**

Fait à GUENIN, le

 Lu et approuvé Lu et approuvé

 Signature du père ou responsable légal, Signature de la mère ou responsable légal,