



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 2021/2022**

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)
- Permanenten 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

FICHE MÉDICALE (une par enfant)
ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

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):