



# COMMUNE DE SACY-LE-GRAND

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNÉE 2019/2020

CANTINE SCOLAIRE

### L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant.....

Date de naissance.....Age.....Sexe.....

Adresse de l'enfant.....

.....

Classe .....

	PERE	MERE	BEAU-PERE	BELLE-MERE
Nom				
Prénom				
Adresse				
Code Postal				
Ville				
Tel. domicile				
Tel. travail				
Tel. portable				
Mail				

Situation des parents :  Mariés  Divorcés  Concubinage  Pacsés  Autre

## CANTINE

Repas normal

Repas sans porc

Autre (préciser).....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ?       OUI       NON

Si oui joindre la photocopie de l'ordonnance médicale 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 des allergies ?       Asthme       Médicamenteuse.....

Alimentaire.....

Autre.....

Port de lunettes       OUI       NON

Prothèse dentaire       OUI       NON

Prothèse auditive       OUI       NON

### Divers

Groupe sanguin de l'enfant :

Nom et Tel. du médecin traitant :

.....

### Recommandations des parents

.....  
.....  
.....

## LISTE DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

	NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
1ère				
2ème				
3ème				

## LISTE DES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'URGENCE

	NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
1ère				
2ème				
3ème				

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e).....responsable de l'enfant

.....

↳ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ;

↳ M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale ;

↳ Prends note que mon enfant peut être photographié ou filmé individuellement et/ou en groupe, et que ces photos ou vidéos peuvent être publiées dans le cadre d'illustration ou publications communales (en aucun cas les photos ne pourront être utilisées à des fins commerciales).

Date

Signature

## PLANNING DES FREQUENTATIONS

Fréquentation régulière

Planning au mois

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

Pour toute modification du planning, veuillez en informer le plus tôt

## ASSURANCE

Assurance « individuelle accident » étendue aux activités extrascolaires :

Compagnie d'assurance : .....

N° du contrat : .....

**Joindre une attestation**

## CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

N° d'allocataire : .....

**Joindre une attestation**

## REGLEMENT INTERIEUR

Je reconnais

Nous reconnaissons

Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine scolaire.

Date

Signature

COMMUNE DE SACY-LE-GRAND  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE 2019/2020  
CANTINE SCOLAIRE

PHOTO

NOM DE L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

Si oui joindre la photocopie de l'ordonnance médicale 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 des allergies ?  Asthme  Médicamenteuse.....  
 Alimentaire.....  
 Autre.....

Port de lunettes  OUI  NON

Prothèse dentaire  OUI  NON

Prothèse auditive  OUI  NON

**Divers**

Connaissez-vous le groupe sanguin de l'enfant ?  OUI  NON

Nom et Tel. du médecin traitant :

**Recommandations des parents**

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e).....responsable de l'enfant

↳ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ;

↳ M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale ;

↳ Prends note que mon enfant peut être photographié ou filmé individuellement et/ou en groupe, et que ces photos ou vidéos peuvent être publiées dans le cadre d'illustration ou publications communales (en aucun cas les photos ne pourront être utilisées à des fins commerciales).

Date

Signature

**CANTINE**

Repas normal

Repas sans porc

Autre (préciser).....

**LISTE DES PERSONNES A PREVENIR  
EN CAS D'URGENCE**

	NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
1ère				
2ème				
3ème				

**LISTE DES PERSONNES HABILITEES A VENIR  
CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'URGENCE**

	NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
1ère				
2ème				
3ème				

Fait à Sacy-Le-Grand, le  
Signature