



## INSCRIPTION CANTINE/ALAE. Année scolaire 2018/2019

### IDENTIFICATION

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe à la rentrée 2018 : .....

Frères et sœurs : nom/prénom/âge

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

### RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom - Prénom : .....	Nom - Prénom : .....
Adresse : ..... .....	Adresse : ..... .....
Marié(e) divorcé(e) séparé(e) veuf(ve) PACS/vie maritale	Marié(e) divorcée) séparé(e) veuf(ve)/PACS/vie maritale
Tél maison :	Tél maison :
Tél portable :	Tél portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Adresse mail :	Adresse mail :
N° allocataire CAF/MSA	N° allocataire CAF/MSA

Les deux parents sont titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale : oui/non  
(en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant).

Nom, adresse et n° de téléphone de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

.....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT** (nom/prénom/qualité/n° tel)

.....

.....

.....

**AUTORISATION DE DROITS A L'IMAGE :**

J'autorise  Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités lors des activités ALAE ou lors des repas.

Roquefort des Corbières le .....

Signature des parents



Attestation pour le renouvellement de l'inscription

Je soussigné(e) .....

parent/représentant légal de l'enfant .....

atteste :

- n'avoir aucun changement à apporter à la fiche de renseignements de l'inscription cantine /ALAE de l'année scolaire 2017/2018.
- n'avoir aucun changement à apporter à la fiche sanitaire de l'enfant nommé ci-dessus lors de l'inscription cantine /ALAE de l'année scolaire 2018/2019.

En foi de quoi, les représentants des services de restauration et de l'ALAE prendront en compte les renseignements donnés pour l'année scolaire 2017/2018.

Roquefort des Corbières le .....

Signature des parents

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## IDENTIFICATION

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe à la rentrée 2018 : .....

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	date des derniers rappels
Diphtérie			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq BCG			
Tétanos			
Vaccins non obligatoires			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole/Oreillons/Rougeole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
ATTENTION : le vaccin anti-tétanos ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher la case)

rubéole	varicelle	scarlatine	coqueluche
rougeole	oreillons	rhumatismes articulaires	otite

- L'enfant suit-il un traitement médical : oui / non

\*Si oui et en cas de traitement court, donner au responsable de la structure une ordonnance récente, les médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice.

\*Si oui et en cas de traitement long ou permanent, le PAI établi avec l'école et les parents devra intégrer les structures municipales et être transmis à l'ensemble des animateurs.

- L'enfant suit-il un régime alimentaire : oui / non

\*Si oui, le communiquer au responsable de la structure.

- **L'enfant souffre-t-il d'allergies : asthme / alimentaires / médicamenteuses / autres :** .....

\*Si oui, en préciser la cause et la conduite à tenir au responsable de la structure.

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

- **Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (accidents, opération, crises,...) et les précautions à prendre) :**

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

- **Recommandations utiles des parents (lunettes, appareils dentaires, prothèses auditives...)**

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

**MEDECIN TRAITANT :** (nom, adresse, coordonnées téléphoniques)

.....

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE :**

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant

..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Le .....

Signature(s)