

CANTINE SCOLAIRE DE NOGENT-L'ARTAUD

FICHE D'INSCRIPTION

Rentrée Scolaire 2025/2026

ETAT CIVIL

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	CLASSE

ALLERGIES ALIMENTAIRES :

OUI ☐

NON ☐

(En cas d'allergie alimentaire, merci de nous joindre un justificatif de votre médecin).

REPAS SANS PORC :

OUI ☐

NON ☐

FREQUENTATION DE LA CANTINE :

Les inscriptions se feront à l'année, au mois complet, à la semaine où seulement pour certains jours pour toute l'année scolaire. Pour les enfants ayant un planning qui varie tous les mois merci de nous informer des jours de cantine au moins une semaine à l'avance.

☐ **Permanente** : ☐ tous les jours où ☐ Lundis ☐ Mardis ☐ Jeudis ☐ Vendredis

☐ **Occasionnelle** (à titre exceptionnel en cours d'année pour travaux saisonniers (intérim, vendanges etc...))

RESPONSABLE LEGAL DE(S) L'ENFANT(S) :

Renseignement du père :

Nom et Prénom du Père : _____

Adresse du Père : _____

Date et lieu de naissance du père : _____

N° de Sécurité Sociale du père : _____

Nom et adresse de l'employeur du père : _____

Renseignement de la mère :

Nom et Prénom de la Mère : _____

Adresse de la Mère : _____

Date et lieu de naissance de la mère : _____

N° de Sécurité Sociale de la mère : _____

Nom et adresse de l'employeur de la mère : _____

N° d'Allocations Familiales : _____

Nom de l'Allocataire : _____

Déclare avoir pris connaissance du règlement de la cantine scolaire de NOGENT-L'ARTAUD.

Joindre un RIB et Pièce d'identité des parents

A NOGENT-L'ARTAUD, le ____ / ____ / 2025

(Mention « Lu et Approuvé »)

Signature,

T. S.V.P.

FICHE D'URGENCE

N° de téléphone du domicile du père: _____
N° de portable du père : _____
N° de téléphone du travail du père : _____
Adresse email du père : _____@_____

N° de téléphone du domicile de la mère : _____
N° de portable de la mère : _____
N° de téléphone du travail de la mère : _____
Adresse email de la mère : _____@_____

Personne sur place à prévenir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable : _____

Son numéro de téléphone : _____

Nom, adresse du médecin traitant : _____

Son numéro de téléphone _____

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame _____

Agissant en tant que responsable légal des enfants : _____

certifie être informé(e) qu'en cas d'urgence (enfants accidentés ou malades) les agents de service feront le nécessaire pour nous avertir le plus rapidement possible et pourront être amenés à faire appel à un service médical et/ou de secours qui pourra décider de la nécessité d'une hospitalisation.

Fait à _____, le ____ / ____ / 2025

Signature,

Autorisation d'intervention chirurgicale

Monsieur et/ou Madame

.....

responsable légal des enfants :

.....

autorise l'équipe médicale de l'hôpital à pratiquer en cas d'urgence, une intervention chirurgicale.

Fait à _____, le ____ / ____ / 2025

Signature,

Attention : *La prise de médicaments au sein de la cantine ne sera acceptée qu'en cas de maladie chronique grave et sur présentation d'un certificat médical accompagnée d'une copie de l'ordonnance spécifiant la nature de la maladie et la quantité du ou des médicaments concernés.*