Dossier d’inscription Cantine / Garderie

Année Scolaire 2025/2026

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’enfant : Prénom :  Date & Lieu de naissance : À  Sexe : Féminin □ Masculin □ Classe (rentrée 2025) :  Responsable légaux 🞏 Parents 🞏Tuteurs | | |
|  | Père (ou tuteur) | Mère (ou tutrice) |
| Nom & Prénom |  |  |
| Date et lieu de naissance |  |  |
| Adresse  Code postal  Ville |  |  |
| ✆ Téléphone |  |  |
| Profession |  |  |
| Employeur |  |  |
| @ Adresse mail |  | |
| **N° CAF\*** *(ou MSA)* |  |  |

*\*Si le numéro d’allocataire CAF n’est pas renseigné, la famille s’acquittera du tarif maximum pour la* ***garderie****.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORITE PARENTALE**  Chacun des responsables légaux exercent la même autorité | Oui  🞏 | Non  🞏 |
| **Facturation** :  🞎 Les deux parents (adresse identique)  🞎 Un seul parent (merci de préciser lequel) : ..........................................  🞎 Semaine paire : ............................. Semaine impaire : ................................... | | |
| Pour chaque situation particulière, nous indiquer expressément la conduite à tenir : | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORISATIONS COMMUNES A L’ENSEMBLE DES SERVICES MUNICIPAUX** | **Oui** | **Non** |
| Autorisons la direction à transporter notre enfant dans le véhicule d’un transporteur mandaté par la mairie | 🞏 | 🞏 |
| Autorisons la direction à présenter notre enfant à un médecin en cas de nécessité, et à faire pratiquer les interventions chirurgicales et anesthésiques d’urgence | 🞏 | 🞏 |
| Autorisons la prise de photos de mon enfant, ainsi que la publication et la diffusion gratuite des photos dans le bulletin municipal et le site internet de la ville | 🞏 | 🞏 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESTAURANT SCOLAIRE** | | | | | | |
| Veuillez préciser les jours où votre enfant fréquentera la cantine. | | | | | | |
|  | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Planning | Occasionnel |
| Jour(s) d’inscription |  |  |  |  |  |  |
| **CHOIX DU CALENDRIER**  Présence dès le 1er jour de restauration (soit le 1er Septembre) : OUI  NON   Date souhaitée si la présence n'est pas au 1er jour de restauration : ............................ | | | | | | |
| Votre enfant est-il allergique à certains aliments OUI  NON   Si oui, préciser la liste et fournir un certificat médical : | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GARDERIE PERISCOLAIRE** | | | | | |
| Jour(s) d’inscription  Merci de renseigner les jours d’accueil | | | | | |
|  | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Occasionnel |
| Matin  7h à 8h30 |  |  |  |  |  |
| Soir  16h30 à 18h30 |  |  |  |  |  |
| Présence à la garderie le jour de la rentrée (soit le 1er Septembre) : OUI  NON  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L’ENFANT** | | | |
| Nom & Prénom |  |  |  |
| Lien avec l’enfant |  |  |  |
| Téléphone Domicile |  |  |  |
| Téléphone Travail |  |  |  |
| Portable |  |  |  |

Je soussigné(e), Madame, Monsieur…………………………..…………….., certifie les informations fournies exactes et déclare accepter les règlements intérieurs du restaurant scolaire et de la garderie périscolaire (téléchargeables sur le site internet de la ville de Lorris et disponibles en Mairie)

Fait à Le / / Signature

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON 🖵 FILLE 🖵 |

**1 – VACCINATIONS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DERNIER RAPPEL** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | BCG |  |
| **Ou** Tétra coq |  |  |  | Autres (préciser) |  |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical ? Oui 🖵 Non 🖵

Préciser : …..……………………………….…………………………………………… ……………………………………………………………………………………………..

À titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME  ARTICULAIRE | SCARLATINE |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |  |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

**ALLERGIES** ASTHME Oui 🖵 Non 🖵

MEDICAMENTEUSES Oui 🖵 Non 🖵

ALIMENTAIRES Oui 🖵 Non 🖵

AUTRES ………………………………………….

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours Oui 🖵 Non 🖵 (joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

MERCI D’INDIQUER LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** *(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)* EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : ……………..……………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom & Prénom |  |  |
| Lien avec l’enfant |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |
| Téléphone Travail |  |  |
| Portable |  |  |

Je soussigné(e), ............................................................................., responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : / / Signature :