



Photo de l'enfant

Fiche de renseignements Cantine

Pour le suivi administratif (BAUDIN Céline)
education@villedejonzac.fr
06.16.14.13.63

Pour le suivi quotidien (BOUTIN Christelle)
c.boutin@villedejonzac.fr / clsh.jonzac@orange.fr
06.73.84.39.68

NOM Prénom : _____

Classe & École : _____

Date de naissance (Âge)

**Garde Alternée /
Famille d'accueil**

Régime Alimentaire

Sans Porc Végétarien


Sans Viande Autres : _____

Oui Non

Oui Non

Représentants légaux

Représentant 1 Qualité | _____

 **NOM Prénom** _____


Adresse postale : _____

Adresse mail : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____

Employeur : _____

Représentant 2 Qualité | _____

 **NOM Prénom** _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____

Employeur : _____

Santé

Protocole d'accueil Individualisé

Intolérance:

Allergie Alimentaire

Oui

Non

Allergie Médicamenteuse

Oui


Non

Asthme

Autres

Soins d'Urgence : J'autorise la personne responsable de la pause méridienne à prendre toute mesure qu'elle jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de "soins urgents". Oui
Non

Médecin Traitant : _____



Payeur des Factures :

Représentant 1 Représentant 2 Les deux (en cas de garde alternée) Autres (A remplir ci-dessous)

NOM Prénom _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____

Mode de règlement choisi

Prélèvement automatique
Au trésor public

Fréquentation :

Tous les jours Lundi Jeudi
Occasionnellement Mardi Vendredi

NOM Prénom _____ Qualité | _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____

A contacter en cas d'urgence : Oui Non

NOM Prénom _____ Qualité | _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____

A contacter en cas d'urgence : Oui Non

NOM Prénom _____ Qualité | _____

NOM Prénom _____ Qualité | _____

Date et Signature des représentants légaux :

Cadre réservé à la structure :

Documents Obligatoires :

- Fiche de renseignements
- Signature de la charte de bonne conduite
- Fiche sanitaire de liaison

Documents Facultatifs :

- Attestation de quotient familial
- PAI
- Demande de prélèvement

Dossier Complet ::

Oui
Non

Signature et tampon de la structure :