



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) _____

Régime Alimentaire

Sans Porc ☐ Végétarien ☐

Sans Viande ☐ Autres : _____

Garde Alternée /
Famille d'accueil

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 choisiPrélèvement 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 :