

# CANTINE SCOLAIRE 2024/2025

A rendre à la mairie de Doyet au plus tard **le vendredi 26/07/2024**

## ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M  F

CLASSE à la rentrée 2024/2025 : .....

### **PARENT 1 (payeur)**

Père  Mère  Tuteur

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Mail : .....

Employeur : .....

### **PARENT 2**

Père  Mère  Tuteur

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Mail : .....

Employeur : .....

N° Allocataire CAF : .....

Paieement par prélèvement SEPA : OUI  NON  (si oui, merci de remplir l'autorisation jointe et de fournir un RIB)

### Cochez les jours souhaités :

**LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI**

Pour les collégiens : Votre enfant fréquentera t'il la cantine le 02/09/2024 : OUI  NON

### Personne à contacter en cas d'absence des parents :

Nom – Prénom

N° de tel

lien de parenté

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## FICHE D'URGENCE

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique : .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre)

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

**En cas d'accident**, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant en moins un numéro de téléphone :

- N° de téléphone du domicile :
- N° du travail du père (ou tuteur) :
- N° du travail de la mère :
- Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....  
.....

**En cas d'urgence :**

Nom, Prénom et N° de tel du médecin de famille : .....

.....

Je soussigné(es), Monsieur et/ ou Madame : .....

- Reconnais avoir reçu ce jour le règlement du service de cantine, je l'accepte et m'engage à m'y conformer
- Autorise la personne de la garde de mon enfant à solliciter, en cas d'urgence, le médecin de famille ou tous services d'urgences adéquats : SAMU, pompiers... (les frais occasionnés me seront évidemment imputés)

A....., Le .....

Signature des parents ou du représentant légal :

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du directeur de l'établissement.