

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :        /        /

Fille :

Garçon :

Sans porc :

Sans viande :

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

- Projet d'accueil individualisé :        oui :         non :
- Allergies :
  - Alimentaires : .....
  - Asthme : .....
  - Médicamenteuses : .....
  - Autres : .....

Traitement médical :

oui :

non :

*Si oui, prendre directement contact avec les responsables de la cantine. (Aucun médicament ne sera pris ou administré sans ordonnance).*

**Personnes à joindre, sur le temps de cantine (entre 11h45 et 13h45), en cas de nécessité :**

Noms, prénoms, liens de parenté	Numéro de téléphone portable	Numéro de téléphone fixe

**Adresse E-MAIL@ valide et consultée :**

*(Utilisez la même pour l'inscription sur le site ropach, sera utilisée pour envoi d'informations)*

**Contact parent et adresse postale :**

**Délégation de pouvoir en cas d'urgence :**

Je soussigné, .....

Responsable de l'enfant : .....

autorise les responsables et personnel de la cantine à faire mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences. Cette autorisation est valable en cas d'impossibilité de me joindre.

Fait à ....., le ..... Signature :

**Divers :**

Je soussigné, .....

Responsable de l'enfant : .....

autorise :

- Le personnel de la cantine à administrer les traitements prescrits par les ordonnances dont il leur est communiqué un exemplaire,
- A filmer, photographier, enregistrer mon enfant, sur ce temps, et produire, publier, diffuser et exploiter les images ainsi réalisées, dans le cadre scolaire ou périscolaire.

Fait à ....., le ..... Signature :